

**”Sä et tule pärjäämään elämässä tämmöisten
ongelmien kanssa”**

**— Nuorten kokemuksia mielenterveyshäiriöiden vaikutuksista
koulunkäyntiin**

Pro gradu -tutkielma

Johanna Leppänen & Jesse Koskela

Kasvatustieteiden tiedekunta

Kasvatustieteen maisteri/Luokanopettajan koulutusohjelma

Lapin yliopisto

2019

Lapin yliopisto, kasvatustieteiden tiedekunta

Työn nimi: ”Sä et tule pärjäämään elämässä tämmöisten ongelmien kanssa” – Nuorten kokemuksia mielenterveyshäiriöiden vaikutuksesta koulunkäyntiin

Tekijät: Johanna Leppänen, Jesse Koskela

Koulutusohjelma/oppiaine: Kasvatustieteen maisteri/Luokanopettaja

Työn laji: Pro gradu -työ X Laudaturtyö__ Lisensiaatintyö__

Sivumäärä: 103s, 1 liite.

Vuosi: 2019

Tiivistelmä:

Mielenterveys on tärkeä osa nuoren elämää ja hyvinvointia. Lasten ja nuorten osalta mielenterveydellä on merkittävä vaikutus koulunkäyntiin ja opiskeluun, mutta vastavuoroisesti myös kouluympäristöllä on merkittävä vaikutus nuorten elämään ja hyvinvointiin. Tyypillisimpiä opiskeluun vaikuttavia mielenterveyshäiriöistä johtuvia oireita ovat väsymys, ahdistuneisuus, sosiaalisten tilanteiden pelko sekä erilaiset persoonallisuushäiriöt. Yhä useampi lapsi ja nuori on mielenterveyspalveluiden asiakkaana, minkä vuoksi koulujen resursseja tulisi lisätä mielenterveyden edistämistyöhön. Viime vuosikymmenen aikana kouluissa onkin lisätty matalan kynnyksen palveluita, jotta lasten ja nuorten olisi helpompi kertoa ongelmistaan ja saada niihin apua.

Keskityimme pro gradu -tutkielmassamme mielenterveyden häiriöistä kärsivien henkilöiden koulukokemuksiin. Tutkimme narratiivisin keinoin, miten mielenterveyden häiriöt ovat vaikuttaneet tutkittavien koulukokemusten muodostumiseen ja sosiaalisiin suhteisiin. Tutkimuksen aineisto koostui 11 mielenterveyden häiriöstä kärsineen henkilön kertomuksista. Keräsimme aineiston erilaisten sosiaalisen median ryhmien ja internetissä ylläpidettyjen foorumien avulla syksyllä 2018. Aineiston analysoinnissa hyödynsimme sisällönanalyysin ja narratiivisen analyysin keinoja.

Tutkimuksen tuloksissa painottuivat tutkittavien negatiiviset kokemukset koulusta. Mielenterveyshäiriöt vaikuttivat negatiivisesti nuorten fyysiseen koulunkäyntiin ja kaverisuhteisiin koulussa, mutta koulumenestykseen sillä oli vaikutuksia vain harvoin. Koulun ilmapiiri oli merkittävässä asemassa siinä, miten nuori haki tai miten hänelle tarjottiin apua. Lähes kaikkia kertomuksia yhdisti lisäksi kouluhenkilökunnan puuttumattomuus, minkä vuoksi nuoren aktiivisuuden vaade korostui hoitoon pääsyssä.

Avainsanat: Mielenterveyshäiriö, Mielenterveys, Kokemukset, Koulu, Narratiivit

1 Johdanto	4
2 Nuorten mielenterveyshäiriöt	7
2.1 Mielenterveyshäiriön käsite ja positiivinen mielenterveys	7
2.2 Mielenterveyden häiriöt	10
3 Mielenterveyden häiriöt koulussa.....	22
3.1 Mielenterveyshäiriöiden vaikutus koulunkäyntiin.....	22
3.2 Lainsäädäntö koulun mielenterveystyön taustalla.....	26
3.3 Mielenterveyden edistäminen oppilaitoksissa	27
4 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset	36
5 Tutkimuksen metodologiset valinnat	37
5.1 Narratiivinen tutkimusote	37
5.2 Narratiivisen aineiston hankkiminen	40
5.3 Tutkimuksen eettisyys	42
5.4 Narratiivien analyysi ja narratiivinen analyysi	45
6 Mielenterveyshäiriöt nuoren elämässä	48
6.1 Vaikutukset sosiaalisiin suhteisiin	48
6.2 Vaikutukset koulunkäyntiin	56
6.3 Mielenterveyden tukeminen kouluissa	59
7 Nuorten selviytymispolut	69
7.1 Taistelijat.....	69
7.2 Sopeutujat	70
7.3 Yksinjätetyt	71
8 Pohdinta.....	72
8.1 Tulosten tulkintaa	72
8.2 Luotettavuuden arviointi	79
Lähteet	83
Liitteet	102

1 Johdanto

Vaikka enemmistö suomalaisnuorista voi hyvin, yhä useampi lapsi ja nuori on mielenterveyspalveluiden asiakkaana (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011). Koulu on ensiarvoisessa asemassa mielenterveystyön edistämisessä, sillä koulu tavoittaa koko ikäluokan (Laukkanen ym. 2003; Hootman & King 2003). Koululaisten mielenterveyden edistämiseen on kiinnitetty paljon huomiota viime vuosikymmeninä (mm. Kataoka ym. 2009; Rowling 2009; Mellin ym. 2010) ja mielenterveyttä ja mielenterveyden edistämistä kouluissa on tutkittu runsaasti esimerkiksi sairauksien ehkäisemisen (Kaltiala-Heino & Rimpelä 1999; Giannakopoulos ym. 2009), koulun olosuhteiden, koululaisten ja henkilökunnan tietojen lisäämisen ja erilaisten mielenterveyden edistämishjelmien näkökulmasta (mm. Wilkinson 2011; Konu & Lintonen 2006; O’neill ym. 2011). Suomessa psyykkistä oireilua ja koulunkäyntiä (mm. Okkonen, 2003; Lind 2007; Kidker ym. 2009; Puolakka 2013; Ojala 2017) sekä nuorten koulukokemuksia (mm. Kitinoja 2005; Lehto-Salo 2011; Äärelä 2012; Rytönen 2013; Manninen 2014) on tutkittu kohtalaisesti, mutta itse mielenterveyshäiriöistä kärsivien lasten ja nuorten kokemukset ovat jääneet syrjään. Puolakka (2013) on tutkinut mielenterveyden edistämistä yläkoulussa mielenterveystyöntekijöiden, opettajien, oppilashuollon, koululaisten ja heidän vanhempiensa näkökulmasta ja Ojala (2017) on keskittynyt tutkimuksessaan psyykkisesti oireilevien lasten kohtaamiseen opettajien näkökulmasta.

Nuorten mielenterveyshäiriöistä ja psyykkisestä oireilusta on keskusteltu viime vuosina runsaasti, mutta yleisestä keskustelusta poiketen tutkimukset eivät ole osoittaneet mielenterveyshäiriöiden määrän nousseen (Pylkkänen 2011, 275). Joka viides nuori kärsii jostain mielenterveyteen liittyvästä häiriöstä, ja psyykkisestä oireilusta vielä useampi (Haravuori ym. 2016, 13; Heikkinen-Peltonen ym. 2010, 136–1367; Turtonen 2006, 11). Mielenterveyden häiriöt ovatkin tavallisia koululaisten terveysongelmia Suomessa, mikä näkyy väkivaltana, häiriökäyttäytymisenä ja psyykkisenä pahoinvointina kouluissa. Koska suurin osa mielenterveysongelmista alkaa jo ennen 14 ikävuotta (Marttunen & Karlsson

2013, 10), on kouluterveydenhuollolla, oppilashuollolla ja opetuksessa työskentelevillä aikuisilla suuri merkitys mielenterveyden edistämisessä ja varhaisessa puuttumisessa. Lasta ei voi laittaa koulupäivän ajaksi ”pauselle”, eikä mielenterveyttä voida näin ollen eriyttää koulun kokonaisarjesta.

Tämän tutkielman tarkoituksena on selvittää, miten mielenterveyshäiriö on vaikuttanut nuoren koulunkäyntiin ja sosiaalsiin suhteisiin, ja miten nuorten mielenterveyttä on tuettu kouluissa. Mielenkiintomme tutkimusaiheitamme kohtaan lähti alkuaan kehittymään osin julkisen keskustelun, mutta myös aihetta sivuuttaneiden opintojemme myötä. Nuorten runsaasta psyykkisestä oireilusta huolimatta emme olleet törmänneet käytännön mielenterveystyöhön kouluissa tai kuulleet mielenterveyttä edistävästä interventioista koulutuksen kentällä, minkä vuoksi halusimme tutkia aihetta lisää. Tulevina kasvatusalan ammattilaisina olemmekin erityisen kiinnostuneita nuorten omista koulukokemuksista ja kouluun liittyvistä kohtaamisista, sillä mitä paremmin osaamme opetustyössä kohdata oppilaamme koulun jokapäiväisessä arjessa, sitä parempaa mielenterveys-työtä teemme.

Päädyimme toteuttamaan opinnäytetyömme yhteistyössä, sillä koimme työskentelymme aiempien yhteisten projektien tiimoilta luontevana, minkä lisäksi olimme molemmat tutkineet kokemuksia omissa kandidaatintutkielmissamme. Toisaalta näimme yhteistyön lisäävän tutkimuksen luotettavuutta erityisesti siitä syystä, että kahden tutkijan erilaiset näkökulmat paitsi laajensivat analyysiämme, mutta mahdollistivat myös aineiston monipuolisemman tarkastelun. Kävimme jatkuvaa keskustelua läpi tutkimusprosessin täydentäen näin toistemme tulkintoja. Kokosimmekin tutkielmamme kaikki osat yhteistyössä, sillä näimme kahden erilaisen näkökulman rikkautena sekä aineiston analyysin ja tutkielman luotettavuuden, mutta myös koko projektimme kannalta. Näin ollen tutkielmas-
samme ei ole eritelty kirjoittajien osuuksia, vaan tutkimustuloksemme, teoreettinen viitekehysksemme ja pohdintamme on yhteisen keskustelun ja työn tulosta.

Tutkielmamme perustuu mielenterveyshäiriöistä kärsivien tai kärsineiden henkilöiden avoimiin kirjoituksiin, jossa he käsittelevät omia kokemuksiaan koulusta; miten mielenterveyden häiriö on vaikuttanut koulun arkeen ja ihmissuhteisiin ja miten siihen on suhtauduttu. Olemme valinneet tutkielmaamme mielenterveyshäiriön käsitteen osaltaan sen lääketieteellisen näkökulman vuoksi. Kaikilla aineistomme nuorilla oli mielenterveyshäiriöön liittyvä diagnoosi, minkä vuoksi koimme sen pelkkää psyykkistä oireilua spesifimpänä käsitteenä. Olemme lisäksi keskittyneet tutkielmassamme häiriöiden medikalistiseen näkökulmaan, sillä se painottui omassa aineistossamme. Tutkielmamme on metodologisilta lähtökohdiltaan narratiivista, mikä oli luonnollinen valinta tutkijoiden tiedonkäsitksen perustuessa sosiaaliseen konstruktionismiin. Narratiiviselle tutkimukselle ominaista on tarinan käsitteen hyödyntäminen (Hänninen 1999), joka näkyy tutkimiemme koulukokemusten tarkastelemisena ajallisesti etenevinä kertomuksina. Olemme kiinnostuneet mielenterveyskuntoutujien kokemusten prosesseista ja niiden muutoksista, minkä vuoksi aineisto on analysoitu sekä narratiivisen että narratiivien analyysin keinoin. Narratiivisuudella tässä tutkielmassa viitataan siis tiedonprosessiin, tutkimusaineistoon ja aineiston analyysitapaan.

Tarkastelemme tutkielmamme historiallisessa ja yhteiskunnallisessa kontekstissa mielenterveyshäiriön ja positiivisen mielenterveyden käsitteitä ja koulun mielenterveystyötä lainsäädännön, koulun toimijoiden ja nuorten näkökulmista. Teoreettisen taustoituksen jälkeen esittelemme tutkimuskysymykset ja tutkielmamme metodologiset valinnat. Tutkimustuloksemme koostuvat narratiivien analyysin avulla luomistamme kategorioista, joita ovat mielenterveyshäiriöiden vaikutukset sosiaalisiin suhteisiin ja koulunkäyntiin sekä mielenterveyden tukeminen kouluissa. Olemme lisäksi muodostaneet narratiivisen analyysin keinoin kertomuksista uusia, nuorten selviytymispolkuja kuvaavia tyyppikertomuksia. Lopuksi pohdimme ja tulkitsemme tutkielmamme tuloksia ja arvioimme sen luotettavuutta.

2 Nuorten mielenterveyshäiriöt

2.1 Mielenterveyshäiriön käsite ja positiivinen mielenterveys

Suomen kielessä sanaa mielenterveys voidaan pitää suhteellisen uutena käsitteenä, sillä se otettiin käyttöön vasta 1950-luvulla. Mielenterveyteen liitetään usein sekä positiivisesti että negatiivisesti sävyttyneitä käsityksiä useimmiten siihen liitettävien termien, kuten *sairauden*, *häiriön* tai *ongelman* käytön johdosta. Mielenterveyshäiriöstä puhuttaessa keskitytään usein yksilöllisen kärsimyksen vähentämiseen painopisteen ollessa sen tuomissa negatiivisissa vaikutuksissa, kun *mielenterveys* -käsite yhdistetään elämän myönteisiin puoliin ja mielenterveyden vahvistamiseen. (Heiskanen ym. 2007, 17.) Esimerkiksi englanninkielisessä arkipuheessa mielenterveydellä (Mental health) on negatiivinen sävy, kun ammattilaisten ja terveysjärjestöjen termistössä sitä käytetään positiivisessa ja holistisessa merkityksessä (Weare 2000, 11–12).

Mielenterveyshäiriöiden ja mielenterveyden kuvaamisen vaikeutta lisää myös se, ettei mielenterveydestä ja mielenterveyshäiriöistä puhuttaessa olla aina yhtä mieltä siitä, mitä käsitteillä tarkoitetaan. Mielenterveys ja mielenterveyshäiriö nähdään toisistaan erillisinä kokonaisuuksina mielenterveyden ollessa ainoastaan häiriöiden puuttumista laajempi käsite. Kun mielenterveys mahdollistaa toimintakyvyn ja sen vahvistamisen, lisäävät mielenterveyden häiriöt kärsimystä, syrjäyttävät ja vaikuttavat toimintakykyyn negatiivisesti. Mielenterveyshäiriöstä voidaan lisäksi tehdä diagnoosi, jolloin käsite on lääketieteellinen. Mielenterveyden kohdalla käsite nähdään sen sijaan elämäntaidollisena ja voimavaraa kuvaavana. (Heiskanen ym. 2007, 17–20.) Psykkiseen oireiluun liitettävien negatiivisten mielikuvien vuoksi onkin aiheellista pohtia, voiko käsitteiden ongelma- tai häiriöpainotus itsessään johtaa tietynlaiseen toiminta- tai käytösodotukseen esimerkiksi lasten ja nuorten kohdalla (Ojala 2017, 33). Nykykielessä termien negatiivista latausta onkin pyritty ehkäisemään korvaamalla *mielenterveysongelmien* käsite *mielenterveyshäiriöiden* käsitteellä, joka viittaa ongelmien sijaan paremmin niiden luonteeseen. (Heiskanen ym. 2007, 20.)

Mielenterveyteen nähdään liittyvän psyykkinen, fyysinen, sosiaalinen ja henkinen ulottuvuus, minkä lisäksi siihen vaikuttavat monet tekijät, kuten perimä, sosiaaliset taidot ja vuorovaikutus muiden kanssa. Yksilön mielenterveyteen vaikuttavat myös vallitsevat kulttuuriset arvot ja yhteiskunnan rakenteelliset tekijät, joita ovat esimerkiksi taloudellinen perusturva, koulutus- ja vaikuttamismahdollisuudet, lainsäädäntö, työllisyys ja työttömyys sekä fyysinen ja sosiaalinen ympäristö. Edellämainitut tekijät ovat jatkuvassa vuorovaikutuksessa, jolloin mielenterveys muuttuu ja vaihtelee ihmisen elämäntilanteen ja kokemusten mukaan. (Heiskanen ym. 2017, 17, 23.) Mielenterveys -käsitteen ollessa laaja, on myös mielenterveyden häiriöitä vaikea kuvata yksiselitteisesti, sillä monet häiriöihin liittyvät oireet kuuluvat ajoittain myös tavalliseen arkeen (Huttunen 2017). Tammisen ja Marttusen (2016) määritelmän mukaan häiriöistä voidaan puhua silloin, kun niitä kuvaavat merkittävät kognitiivisten toimintojen, tunteiden säätelyn tai käyttäytymisen häiriöt. Tällöin mieliala, tunteet ja ajatukset tai henkilön käyttäytyminen vaikuttavat toimintakykyyn ja ihmissuhteisiin negatiivisesti aiheuttaen kärsimystä (Huttunen 2017).

WHO:n (2004, 19–21) määritelmän mukaan positiivisella mielenterveydellä tarkoitetaan sellaista hyvinvoinnin tilaa, jossa yksilö kykenee toteuttamaan omia kykyjään, työskentelemään tuottavasti, pärjäämään elämään liittyvien normaali-rasitusten kanssa ja osallistumaan oman yhteisönsä toimintaan mielekkäästi. Positiivista mielenterveyttä voidaan pitää myös myönteisen tunne-elämän, ajattelun ja vuorovaikutuksen hyödyntämisenä. Se syntyy tunteista, kognitioista, sosiaalisesta vuorovaikutuksesta ja koherenssin tunteesta, joita voidaan mitata erilaisilla hyvinvoinnin mittareilla (THL 2013, 9.) Positiivinen mielenterveys nähdään siis voimavarana, ja positiivisilla tunteilla ja kokemuksilla on tutkimusten mukaan yhteys terveyteen, työhön, taloudelliseen asemaan ja perheeseen (Flay 2002; Kobau ym. 2011, Wand 2011).

Mielenterveyteen voidaan liittää joko positiivista mielenterveyttä suojaavia tai riskeeraavia tekijöitä, jotka voidaan edelleen jakaa *yksilöllisiin tekijöihin ja ko-*

kemuksiin, sosiaaliseen vuorovaikutukseen, yhteisön rakenteisiin ja voimavaroihin sekä kulttuuriin arvoihin (Lehtinen 2008). Suojaavat tekijät vahvistavat mielenterveyttä, elämäntilannetta ja auttavat selviytymään kriisitilanteissa ja ne voivat olla itsessään suojaavia tai kompensoida ja vähentää riskien vaikutuksia. Riskitekijät taas vaarantavat turvallisuudentunteen ja toimintojen jatkuvuuden ja heikentävät terveyttä lisäten alttiutta sairastumiselle. (Heiskanen ym. 2007, 20.) Seuraavassa taulukossa esitetään sekä mielenterveyttä suojaavia että riskeeraavia tekijöitä yksilön, perheen, yhteisön ja yhteiskunnan eri tasoilla:

Taulukko 1. Esimerkkejä mielenterveyttä suojaavista ja riskitekijöistä (THL 2013, 10; Barry & Jenkins 2007).

	Suojaavat tekijät	Riskitekijät
Yksilö	Myönteinen kuva itsestä	Matala itsetunto
	Hyvät selviytymistaidot	Heikot selviytymistaidot
	Kiintymys perheeseen	Turvaton varhainen vuorovaikutus- ja kiintymyssuhde
	Sosiaaliset taidot	Heikko itsepystyvyyden tunne
	Hyvä fyysinen terveys	Fyysinen tai älyllinen kehitysviive
Yhteisöt	Myönteinen varhainen vuorovaikutussuhde	Hyväksikäyttö ja väkivalta
	Tukea antavat ja välttävät vanhemmat/perhe	Erot ja menetykset
	Hyvät vuorovaikutustaidot	Viiteryhmien taholta tapahtuva hylkiminen
	Tukea antavat sosiaaliset verkostot	Sosiaalinen eristyneisyys
	Tunne yhteisöön kuulumisesta	
	Osallisuus yhteisössä	
Rakenteet	Turvallinen asuinympäristö	Väkivalta ja rikollisuus asuinympäristössä
	Miellyttävä elinympäristö	Köyhyys, kodittomuus
	Taloudellinen turvallisuus	Taloudellinen turvattomuus
	Työllistyminen	Työttömyys
	Myönteiset kokemukset koulusta/opinnoista	Epäonnistuminen koulussa/opinnoissa
	Tukipalveluita tarjolla	Tukipalvelujen puute
Kulttuuri	Kulttuurisen erilaisuuden hyväksyminen	Sosiaalinen tai kulttuurinen syrjintä
	Pyrkimykset osallistaa eri kulttuurien edustajia yhteisön/yhteiskunnan toimintaan	Eri kulttuurien edustajien erillisyys yhteisöstä/yhteiskunnan toiminnasta
	Mielenterveysongelmiin kohdistuvan stigman puuttuminen/vähäisyys	Stigma, suvaitsemattomuus ja avun puuttuminen

2.2 Mielenterveyden häiriöt

Yleisesti ottaen suomalaisten terveydentila on parantunut viimeisten vuosikymmenten aikana. Toimintakyvyn paranemisen syinä voidaan pitää esimerkiksi hoidon tehostumista, elinolojen paranemista ja uutta tutkimustietoa. Kun 1900-luvun lopulla kansallinen terveyden edistäminen keskittyi lähinnä ikääntymiseen ja elimistön rappeutumiseen liittyvien sairauksien torjuntaan (Turtonen 2006), on 2000-luvun toimenpiteitä suunnattu enenevässä määrin mielenterveyden häiriöiden hoitoon ja ennaltaehkäisyyn (Heiskanen, Sassi & Salonen 2007, 113). Mielenterveyshäiriöt kattavat länsimaissa kuitenkin edelleen yli neljänneksen kaikista terveyteen liittyvistä sairauksista (Turtonen 2006, 11) ja ne ovatkin verrattaen yleisiä suhteessa muihin sairauksiin (Pirkkola & Sohlman 2005, 4). Esimerkiksi Suomessa noin viisi prosenttia väestöstä kärsii vakavasta masennuksesta ja arviolta joka neljäs sairastuu jossain elämänsä vaiheessa hoitoa vaativaan mielenterveyden häiriöön (Heikkinen-Peltonen ym. 2010, 136–137; Turtonen 2006, 11.)

Useimmat mielenterveyshäiriöistä, kuten masennus, syömis- ja käytöshäiriöt sekä päihdeongelmat lisääntyvät nuoruusiässä huomattavasti, ja laajojen väestötutkimusten mukaan noin puolet aikuisiän mielenterveyshäiriöistä on alkanut jo ennen 14 vuoden ikää (Marttunen & Karlsson 2013, 10). Suomalaisnuorten mielenterveyshäiriöiden yleisyydestä ei kuitenkaan ole tarkkaa tutkimustietoa, mutta eri arvioiden mukaan noin joka neljännellä tai viidennellä nuorista on jokin mielenterveyden häiriö (Haravuori ym. 2016, 13; Heikkinen-Peltonen ym. 2010, 136–1367; Turtonen 2006, 11). Kansainvälisten tutkimusten mukaan ajankohdainen mielenterveyshäiriö todettiin lähes neljänneksellä 20–24-vuotiaista nuorista, ja puolet häiriöistä vaikuttivat merkittävästi toimintakyvyn laskuun. Nuorten depressiotutkimuksessa ADS (Adolescent Depression Study) 13–19-vuotiaiden häiriöiden esiintyvyys oli samaa luokkaa. Laajassa Yhdysvalloissa toteutetussa NCS-R (National Comorbidity Survey Replication) tutkimuksessa 18–29-vuotiaiden elämänaikainen mielenterveyshäiriöiden kokonaisesiintyvyys oli noin 52 prosenttia. (Aalto-Setälä & Marttunen 2011, 279.) Suomalaisten nuorten sairast-

tavuutta voidaan pitää samankaltaisena, sillä esimerkiksi Terveys 2000 -tutkimuksen haastattelujen perusteella on arvioitu, että lähes 40 prosentilla nuorista aikuisista (18–29-vuotiaista) on ollut jossain vaiheessa elämäänsä jokin psykiatrinen häiriö (Pylkkänen 2011, 275).

Epidemiologisten tutkimusten mukaan nuorten mielenterveyden häiriöiden esiintyvyydessä ei ole ollut suuria muutoksia viime vuosikymmeninä, mutta mielenterveyshäiriöistä aiheutunut työkyvyttömyys on lisääntynyt erityisesti nuorten ikäryhmässä (Pylkkänen 2011, 275), ja esimerkiksi vuonna 2013 80 prosenttia 16–24 vuotiaiden työkyvyttömyyseläkkeistä tai kuntoutustuesta johtuivat mielenterveys- ja käytöshäiriöistä. (Haravuori ym. 2016, 13–14.) Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimuksen (KOTT 2012) mukaan diagnosoitujen masennusten ja ahdistuneisuushäiriöiden osuus on kaksinkertaistunut vuodesta 2000 alkaen, mikä kuvaa kuitenkin sairastavuuden muutoksen sijaan muutosta palvelujen käytössä ja niihin hakeutumisessa (Haravuori ym. 2016, 14.) Nuorten mielenterveyspalveluja käsitelleiden tutkimusten mukaan 2000-luvun myönteisen kehityksen myötä onkin arvioitu, että noin 60 prosenttia mielenterveyshäiriöistä kärsivistä nuorista on saanut apua entisen 20–40 prosentin sijaan (Pylkkänen & Laukkanen 2013). Kaikki mielenterveysoireista kärsivät henkilöt eivät kuitenkaan näy tilastoissa tai hoidon piirissä, sillä hoitoa vaativista oireista huolimatta osa nuorista tai nuorista aikuisista eivät joko hakeudu hoitoon (Haarasilta 2003; Blanco ym. 2008; Suvisaari ym. 2009; Hunt & Eisenberg 2010; Murry ym. 2011) tai eivät ole päässeet hoidon piiriin (Charman ym. 2010; Frosch ym. 2011). Diagnoosien määrän kasvua selittää osaltaan myös ongelmien polarisoituminen, joka merkitsee jo sairastuneiden lasten tilanteen heikentymistä samalla, kun toisten psyykinen hyvinvointi on lisääntynyt. Diagnoosien määrään voi lisäksi vaikuttaa viimeisten vuosikymmenten aikana lisääntynyt maahanmuutto ja pakolaisuus. Suomeen saapuvat pakolaislapset tulevat turvattomilta alueilta ja heidän kokemansa stressi, huoli ja suru vaikuttavat osaltaan yksilön psyykkiseen kehitykseen. (Tamminen & Marttunen 2016, 128–131; Sourander & Marttunen 2016, 120–122.)

Mielenterveyden häiriöillä on yhteys moneen riskitekijään, jotka voivat itsenäisesti lisätä sairastumisen mahdollisuutta kuitenkin niin, että samanaikaiset suojaavat tekijät voivat kompensoida niitä (Aalto-Setälä & Marttunen 2011, 278). Kinnusen (2011) tutkimuksessa varhaisaikuisuuden mielenterveyttä ennakoivat nuoren sisäiset tekijät, eli erilaiset huolet, vanhempisuhteet, ajatukset tulevaisuudesta, tyytyväisyys itseensä, oma kokemus psyykkisestä terveydestä ja hallinnan tunne, sekä ulkoiset tekijät eli tupakointi ja psykosomaattiset oireet. Tutkimusten mukaan päihteiden käyttö nuoruudessa vaikuttaa mielenterveyteen ja elämään monin tavoin (Pitkänen ym. 2005, Korhonen ym. 2010), mutta ei ole varmaa, onko päihteiden käytön taustalla ollut ensin mielenterveyttä kuormittava tekijä, vai ovatko mielenterveysoireet syntyneet päihteiden käytön seurauksena (Korhonen ym. 2010; McKenzie ym. 2010). Sairastumisen riskiä lisäävät esimerkiksi erilaiset perinnölliset ja raskaudenaikaiset tekijät, ympäristö ja sukupuoli (Aalto-Setälä & Marttunen 2011, 278; Sourander & Marttunen 2016, 11, 117). Nykykäsityksen mukaan geeniperimä ja ympäristötekijät ovat vastavuoroisesti yhteydessä lapsilla ja nuorilla kehittyneisiin mielenterveyden häiriöihin, ja ympäristötekijät voivat aktivoida joidenkin häiriöön johtavien geenien toimintaa (Sourander & Marttunen 2016, 117–119). Vaikka sukupuoli lisää psyykkisen sairastumisen riskiä, sen yhteys mielenterveyshäiriöihin on ristiriitainen, sillä vaikka naiset sairastavat mielenterveyden häiriöitä miehiä useammin ja tytöt ja naiset raportoivat mielenterveyteen liittyviä oireita poikia ja miehiä enemmän (Harpam ym. 2005; Wang ym. 2007; Laukkanen ym. 2010), on myös tutkimuksia, joissa erot eivät ole selkeitä (esim. Potochnic & Perreira 2010). Tutkimukset eivät myöskään tuo ilmi, tunnistavatko naiset mielenterveysoireita miehiä paremmin tai onko heidän kokemusmaailmansa erilainen, mutta esimerkiksi Burnsien ja Rapeen (2006) tutkimuksessa tytöt nimesivät ongelmia poikia herkemmin ja arvioivat avuntarpeen kynnyksen matalammaksi kuin pojat.

Kuten tieteessä yleisesti, myös lääketieteessä diagnoosin tekeminen edellyttää asioiden ja ilmiöiden luokittelua (Tamminen & Marttunen 2016). Tautien diagnoosien yhtenäistämiseksi on laadittu erilaisia tautiluokitusjärjestelmiä, joista yleisimmät ovat Maailman terveysjärjestön, *World Health Organisationin* kehit-

tämä ICD-10-luokitus (International Classification of Diseases) sekä Yhdysvaltojen psykiatriayhdistyksen, *American Psychiatric Association* laatima DSM-5-luokitus (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) (THL 2018). Näiden kahden tautiluokitusjärjestelmän lisäksi mielenterveyden häiriöiden diagnosoinnissa käytetään Yhdysvalloissa kehitettyä DC:0-3R-luokitusta, joka on tarkoitettu ensisijaisesti pienten, alle kolmivuotiaiden lasten diagnosointiin. DC:0-3R-luokitus kehitettiin ICD- ja DSM-luokitusten rinnalle korvaamaan niitä puutteita, joita ICD:ssä sekä DSM:ssä esiintyi juuri pienten lasten psykiatrian osalta. Vaikka kaikki kolme edellämainittua tautiluokitusta ovatkin yleisesti käytössä länsimaisen lääketieteen parissa, ei DC:0-3R-luokitus ole saanut kuitenkaan Suomessa virallisen tautiluokituksen asemaa. (Heikkinen-Peltonen, Virta & Innanmaa 2010, 136.) Tautiluokitusten käyttäminen takaa laadukkaan tutkimuksen ja hoidon toteutumisen niin kansallisella kuin kansainväliselläkin tasolla ja ne auttavat yhtenäistämään potilaasta tehtyjä merkintöjä, mikä toteutuu esimerkiksi eri terveydentilojen tarkalla yksilöimisellä. (ICD-10-tautiluokitus 2011, 3, 21.) Sekä ICD-10- että DSM-5-luokitus jakavat mielenterveyden häiriöt erilaisiin pääluokkiin, joissa määritellään erikseen jokaisen mielenterveyshäiriön diagnostiset kriteerit. Luokitusten pääluokat ja -häiriöt on esitetty taulukossa 2.

Taulukko 2. Mielenterveyshäiriöiden pääluokat ja -häiriöt (Heikkinen-Peltonen ym. 2010, 136; WHO 1993; Tamminen & Marttunen 2016, 131).

ICD-10	DSM-5
Elimelliset aivo-oireyhtymät F00-F09	hermoston kehitykseen liittyvät häiriöt
Lääkkeiden ja päihteiden aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymisen häiriöt F10-F19	skitsofrenian kirjoon kuuluvat ja muut psykoottiset häiriöt
skitsofrenia, skitsotyyppinen häiriö ja harhaluolisuushäiriö F20–F29	kaksisuuntaiset ja niihin liittyvät häiriöt
Mielialahäiriöt, ns. affektiiviset häiriöt F30-39	Depressiiviset häiriöt
Neuroottiset, stressiin liittyvät ja somatoformiset häiriöt F40-49	Ahdistuneisuushäiriöt
fysiologisiin häiriöihin ja ruumiillisiin tekijöihin liittyvät käyttäytymis-oireyhtymät F50-59	Pakko-oireiset ja niihin liittyvät häiriöt
aikuisiän persoonallisuus- ja käytöshäiriöt F60-F69	Traumaan ja stressitekijään liittyvät häiriöt
älyllinen kehitysvammaisuus F70-79	dissosiativiset häiriöt
Psykkisen kehityksen häiriöt F80-89	elimellisoireiset ja niihin liittyvät häiriöt
Tavallisesti lapsuus- tai nuoruusiässä alkavat käytös- tai tunnehäiriöt F90-99	syöttämis- ja syömishäiriöt
Määrittämätön mielenterveyden häiriö F99-99	eliminaatiohäiriöt
	uni- ja valvehäiriöt
	seksuaaliset toimintahäiriöt
	sukupuoleen liittyvä dysforia
	häiriökäyttäytyminen, hillitsemishäiriöt ja käytöshäiriöt
	päihteisiin liittyvät ja addiktiiviset häiriöt
	neurokognitiiviset häiriöt
	persoonallisuushäiriöt
	parafiiliset häiriöt
	muut mielenterveyshäiriöt
	lääkityksen indusoimat liikehäiriöt ja muut lääkityksen haitalliset vaikutukset
	muut tilat, jotka saattavat olla klinisen huomion kohteena

Taulukon 2. mukaisesti ICD-10-tautiluokituksessa mielenterveyden häiriöt jaetaan pääluokkiin, joiden alta löytyvät ryhmään kuuluvat diagnoosit. Esimerkiksi tavallisesti lapsuus- ja nuoruusiässä alkavat käytös- ja tunnehäiriöt F90-99 sisältävät hyperkineettiset häiriöt F90, jotka voidaan edelleen jakaa aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöön F90.0, hyperkineettiseen käytöshäiriöön F90.1, muihin hyperkineettiseen häiriöön F90.8 ja määrittämättömään hyperkineettiseen häiriöön F90.9. (THL 2012, 299–304.) Diagnostiset kriteerit merkitään erilaisin kirjaimin tai kirjain ja numeroyhdistelmin, jotka määrittelevät niiden tärkeyden ja kattavuuden. Kaikkia ryhmään kuuluvia diagnooseja yhdistää yleiset kriteerit, jotka ovat merkitty isolla G-kirjaimella ja numerolla. (THL 2012, 8.) DSM-5-tautiluokitus taas jakaa häiriöt 22:een ydinryhmään samantyyppisen hermoverkon, perhetaustan, geneettisten riskitekijöiden, ympäristön spesifien riskitekijöiden, biomarkkereiden, temperamentti-tekijöiden, emotionaalisten ja kognitiivisten prosessien poikkeavuuksien, oireiden samankaltaisuuden, sairauden kulun, korkean oheissairastavuuden ja samantyyppisen hoitovasteen mukaan. Esimerkiksi ryhmä *skitsofrenian kirjoon kuuluvat ja muut psykoottiset häiriöt* sisältää kahdeksan psykoottista häiriöryhmää ja neurokognitiiviset häiriöt pitävät sisällään seitsemän spesifimpää kehityksellistä häiriöryhmää. (Luukkonen 2014, 12–13.)

Lasten tai nuorten diagnosointia voidaan pitää haasteellisena, sillä mielenterveyden häiriö on usein vasta kehittyvässä tilassa, eikä häiriöiden oireita voida havaita tai luokitella selvästi (Sourander & Marttunen 2016, 116). Psykiatrasta arviointia voi lisäksi vaikeuttaa sekä nuoren että tämän lähipiirin erilaiset käsitykset ongelmien syistä ja vakavuudesta (Hietala ym. 2010, 73). Diagnoosin ensisijaisena tarkoituksena on kuvata häiriön luonnetta, etenemistä ja ennustetta sekä auttaa hoidon suunnittelussa, mutta se ei välttämättä kuvaa potilaan kokonaistilannetta täydellisesti ja on yleensä riippuvainen yksilön iästä, ihmissuhteista ja kulttuuritaustasta. Käytössä olevat diagnoosijärjestelmät eivät huomioi riittävästi yksilön kehitystason vaikutusta oirekuvien vaihtelevuuteen, jolloin esimerkiksi tiettyjä oireita voidaan pitää tyypillisinä kehitystason piirteinä, kun taas toisessa kehitysvaiheessa ne saattavat olla poikkeavia. Edellämainituista puut-

teista huolimatta useiden mielenterveyden häiriöiden diagnosointi on kuitenkin lisääntynyt, mikä on johtanut lasten ja nuorten mielenterveyspalveluiden lisääntyneeseen tarpeeseen ja palvelujärjestelmän kuormittumiseen. (Sourander & Marttunen 2016, 116–117.)

Yleisimmät mielenterveyshäiriöt lapsuudessa ja nuoruudessa ovat ahdistuneisuushäiriöt, aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöt, käytös-, ja syömishäiriöt sekä masennustilat. Mielenterveyshäiriöillä on monia yhteisiä tekijöitä, vaikka niillä jokaisella onkin omat erityispiirteensä. Tällaisia yhdistäviä tekijöitä ovat arkea kuormittavat tekijät kuten erilaiset pettymykseen, menetykseen, paineisiin ja uupumukseen liittyvät tunteet. (Vuorilehto & Ranta 2014, 104–105.) Esimerkiksi Kinnusen (2011, 102–103) väitöskirjatutkimuksessa nuorten huoli koulumenestyksestä oli merkittävä mielenterveyttä ennakoiva tekijä, ja nuorten perhe-elämään liittyvät huolet olivat yhteydessä pitkällä aikavälillä heidän mielenterveyteensä taloudellisten huolten kuormittaessa koko perhettä. Psykykinen kuormitus ei kuitenkaan itsessään aiheuta mielenterveyden häiriöitä, vaan sairastumiselle altistavat myös synnynnäiset tekijät. Erilaisten mielenterveyshäiriöiden vaikutukset nuoren elämään ovat yksinomaan negatiivisia, ja ne tuottavat haittaa ja kärsimystä esimerkiksi sosiaalisissa tilanteissa, koulusuoriutumisessa tai työnteossa. (THL 2018; Tamminen & Marttunen 2016, 128; Vuorilehto & Ranta 2014, 105.) Nuorten mielenterveyshäiriöille on tyypillistä lisäksi niiden komorbiditeetti eli monihäiriöisyys (Sterba ym. 2010), ja eri tutkimusten mukaan 40–80 prosenttia häiriöistä on komorbideja (Aalto-Setälä & Marttunen 2011, 278). Monihäiriöisyys on yhteydessä vaikeampaan oirekuvaan, suurempaan toiminnalliseen haittaan ja häiriön pidempään kestoon (Aalto-Setälä & Marttunen 2011, 278.), mutta nuoruusiässä oireet voivat esiintyä kapealla alueella (Offer ym. 1990).

Masennus on yksi yleisimmistä mielenterveyden häiriöistä. Alle 12-vuotiaiden masennus on harvinaista, mutta nuoruusiässä masennus yleistyy niin, että sitä sairastaa 5–10 prosenttia nuorista. Lääketiede tuntee kaksi masennukseen liittyvää käsitettä; *masennusoireen*, jolla viitataan usein ohimenevään oireeseen,

joka liittyy moniin ruumiillisiin sairauksiin tai mielenterveyshäiriöihin sekä *masennustilan* eli *depression*, joka on arkielämän toimintakykyä häittävä oireyhtymä. Masennukseen liittyy usein myös muita mielenterveyden häiriöitä, ja noin joka toisella masennusta sairastavista nuorista on myös muu mielenterveyshäiriön diagnoosi. Masennustilan ydinoireet ovat ICD-10 tautiluokituksen mukaan masentunut mieliala, mielenkiinnon tai mielihyvän katoaminen ja jatkuvat uupumuksen ja väsymyksen tunteet levosta huolimatta. Ydinoireiden lisäksi oireyhtymään liittyy sen vakavuudesta riippuen esimerkiksi keskittymiskyvyn, itsetunnon ja itseluottamuksen heikkenemistä, syyllisyyttä, synkkiä ja pessimistisiä ajatuksia, itsetuhoisuutta ja unihäiriöitä. (Marttunen & Karlsson 2013, 41–44.)

Ahdistuneisuushäiriössä ahdistuksen tunteet muuttuvat niin, että ne aiheuttavat merkittävää kärsimystä tai toiminnallisuuden häiriötä. Häiriö saattaa vaikeuttaa sosiaalisten suhteiden ylläpitämistä tai solmimista, koulunkäyntiä ja pahimmillaan estää päämäärätietoisien toiminnan. Eri arvioiden mukaan ahdistuneisuushäiriöistä kärsii noin joka kymmenes nuori tyttöjen ollessa poikia alttiimpia häiriölle. Ahdistuneisuushäiriöihin kuuluvat sosiaalisten tilanteiden ja julkisten paikkojen pelko, määräkohteiset pelot, paniikkihäiriö, yleistynyt ahdistuneisuushäiriö, traumaperäinen stressireaktio sekä pakko-oireinen häiriö. Ahdistuneisuushäiriöön liittyy muun muassa psyykkisiä oireita kuten pelkotiloja, paniikkia tai kauhua ja epävarmuutta itsestä ja omasta osaamisesta, erilaisia kehollisia oireita, kuten sydämen hakkaamista, pahoinvointia, huimausta ja päänsärkyä, sekä käyttäytymiseen liittyviä oireita, joita ovat esimerkiksi välttäminen, turvakäyttäytyminen tai päihteiden käyttö. (Strandholm & Ranta 2013, 19–27.)

Syömishäiriöllä tarkoitetaan psykiatrasta häiriötä, joka vaikuttaa vakavasti nuoren toimintakykyyn ja kehitykseen hidastamalla sekä psykologista että sosiaalista kehitystä. Syömättömyys saattaa vaikuttaa myös fyysiseen kehitykseen esimerkiksi hidastamalla pituuskasvua tai luuston kehitystä. Yleisimmät syömishäiriöt ovat anoreksia (anoreksia nervosa) ja bulimia (bulimia nervosa), minkä lisäksi niihin kuuluvat ahmimishäiriöt ja tarkemmin määrittelemättömät syömishäiriöt (EDNOS). Eri lähteiden mukaan anoreksiaan ja bulimiaan sairastuu 1–

5%:a nuorista naisista miesten osuuden ollessa alle prosentin luokkaa. Sukupuolesta riippumatta anoreksian keskeisiä diagnostisia kriteereitä ovat lääketieteellinen alipaino, ruumiinkuvan häiriö, irrationaalinen lihomisen pelko ja hormonitoiminnan häiriö, ja bulimialle tyypillisiä oireita ovat hallitsemattomat ahmimiskohtaukset, oksentelu, ulostus- ja nesteenpoistolääkkeiden käyttö sekä urheilu tai paastoaminen ahmimisen kompensoimiseksi. (Dadi & Raevuori 2013, 61–63.)

Neuropsykiatrisissa häiriöissä esiintyy aivotoiminnan rakenteellista ja toiminnallista poikkeavuutta, johon liittyy psykiatrista oireilua (Parikka ym. 2017, 10). Neuropsykiatrisia sairauksia ovat autismi, Aspergerin oireyhtymä, ADHD, kehitysvamma, oppimishäiriö tai Touretten oireyhtymä, minkä lisäksi Neuropsykiatriin vaikeuksiin kuuluvat dysfasia ja oppimisen erityisvaikeudet. Vaikeudet alkavat usein jo imeväisiässä, ja oireet ja diagnosointi huomataan usein jo neuvo-laiässä. Aspergerin oireyhtymällä tarkoitetaan synnynnäistä neurologista poikkeavuutta, joka näyttäytyy erityisesti vaikeutena sosiaalisissa tilanteissa. Diagnostisiin kriteereihin liittyvät lisäksi epätavallisen intensiivinen uppoutuminen johonkin kiinnostuksen kohteeseen sekä rituaaleihin sitoutunut käytös. Tyypillistä käyttäytymistä on muun muassa sisäänpäinkääntyneisyys, haastava käyttäytyminen ja kyvyttömyys sosiaalisten tilanteiden tulkintaan. Voimavarat ja osaaminen vaihtelevat yksilöllisesti vähäisistä taidoista huippuosaamiseen. (Hietala ym. 2010, 94–95.) Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö (ADHD) on keskushermoston kehitykseen liittyvä neuropsykiatrinen häiriö, joka voidaan jakaa oireiden perusteella tarkkaamattomuus- ja impulsiivisuuspainotteiseen tyyppiin tai näiden yhdistelmään. ADHD:ta esiintyy noin viidellä prosentilla lapsista ja nuorista, joista poikien osuus on kolmannes. Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön oirekuvan kehittymiseen vaikuttavat merkittävästi perimä ja biologiset sekä psykososiaaliset ympäristöseikat. ICD-10-luokituksen diagnostisia kriteereitä ovat muun muassa keskittymiskyvyttömyys, hyperaktiivisuus, impulsiivisuus, laaja-alaisuus ja häiriön alkaminen viimeistään seitsemän vuoden iässä, minkä lisäksi diagnoosi edellyttää useita yhtäaikaista ja pitkäaikaisia oireita, joista aiheutuu

selvää haittaa ja ne ilmenevät vähintään kahdella eri elämänalueella. (Karlsson 2013, 79–86.)

Käytöshäiriö on yksi yleisimmistä mielenterveyden häiriöistä nuorilla, ja sen yleisyys on arviolta viidestä kymmeneen prosenttia, joista tyttöjen osuus on viidennes. Käytöshäiriöllä tarkoitetaan lapsuudessa tai nuoruudessa alkavaa toistuvaa tai pysyvää epäsosiaalista käyttäytymistä ja toistuvia sosiaalisten normien ja muiden perusoikeuksien rikkomista. Häiriölle tyypillisesti lapsi käyttäytyy pitkäaikaisesti ja toistuvasti antisosiaalisesti, aggressiivisesti ja uhmakkaasti ja siihen liittyy usein neuropsykologisen suorituskyvyn ongelmia ja oppimisvaikeuksia. ICD-10-tautiluokituksen perusteella käytöshäiriö voidaan jakaa perheensäiseen, epäsosiaaliseen, sosiaaliseen ja uhmakkuushäiriöön, ja sen diagnostisina kriteereinä ovat vähintään puoli vuotta kestäneet oireet, joita ovat muun muassa toistuva riitely, aggressiivisuus, ilkeys tai kostonhaluisuus, muiden syytteleminen, valehtelu, fyysinen julmuus ja koulupinnaus. (von der Pahlen & Marttunen 2013, 97–99.)

Lasten ja nuorten psykiatrisen palvelujärjestelmän perustana toimivat perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoido, joiden lisäksi tukea on mahdollista saada yksityiseltä ja kolmannelta sektorilta (Gyllenberg ym. 2016, 124–125). Esimerkiksi masennusta voidaan selvittää oman alueen terveyskeskuksen tai perheneuvolan kautta, josta työntekijät voivat tarvittaessa tehdä lähetteen erikoissairaanhoidon nuorisopsykiatriselle poliklinikalle. Nuori voidaan ohjata tai hän voi hakeutua itse myös yksityisen psykiatrin tai terapeutin vastaanotolle. Edellä mainittujen lisäksi esimerkiksi Suomen Mielenterveysseura ja Mannerheimin Lastensuojeluliitto ylläpitävät palvelevia puhelimia, joiden kautta on mahdollista saada keskusteluapua. (Marttunen & Karlsson 2013, 52–53.) Hoidon onnistumisen kannalta eri hoitotahojen yhteistyö on merkittävässä roolissa hoidon eri vaiheissa, minkä lisäksi hoidon aloittamisen ajankohdalla, oikeanlaisella suunnittelulla ja aktiivisella itsehoidolla on suuri vaikutus siihen, miten mielenterveyden häiriöiden hoidossa onnistutaan. (Vuorilehto & Ranta 2014, 105; Marttunen & Karlsson 2013, 54). Tuen piiriin hakeutumisen prosessi on kuitenkin edelleen

hankala, ja tuen saamiseksi tarvitaan usein diagnoosi (Bor & Dakin 2006; Heathfield & Clark 2004).

Mielenterveyden häiriöitä hoidetaan yleensä sekä terapialla että lääkityksellä (Heikkinen-Peltonen 2010, 137). Lääkehoidon vaikuttavuudesta on eniten tutkimusnäyttöä ADHD:n tutkimuksessa, ja se tehoaa yleensä hyvin aktiivisuuden ja tarkkaavaisuuden häiriön keskeisiin oireisiin (Karlsson 2013, 91). Varhaisnuoren, eli 12–14-vuotiaan lääkehoito tulisi aina aloittaa erikoissairaanhoidon puolella, mutta varttuneempien nuorten kohdalla lääkehoidon aloittamisesta voi päättää siihen perehtynyt perusterveydenhuollon lääkäri (Marttunen & Karlsson 2013, 54). Hoitotutkimusten perusteella toimivia psykoterapian muotoja ovat kognitiivisbehavioraalinen (CBT) yksilö- ja ryhmäterapia sekä interpersoonallinen (IPT-A) terapia. Uusimpien tutkimusten mukaan esimerkiksi masennuksesta toipuminen on yleisintä silloin, kun hoito aloitetaan yhdistämällä psykoterapia ja masennuslääkehoito (Marttunen & Karlsson 2013, 55.)

Mielenterveyden häiriöiden hoitoon hakeutumista on pidetty haasteellisena, sillä usein hoitoa tarvitsevat lapset ja nuoret saattavat vähätellä tai laiminlyödä ongelmiaan (Samargia ym. 2006; Vanheusden 2008), eivät halua tai uskalla hakeutua hoitoon negatiivisten kokemustensa vuoksi (Charman ym. 2010; Mayers 2010) ja hoidon tarpeen arvioinnissa perusterveydenhuollon puolella epäonnistutaan (Gyllenberg ym. 2016). Mielenterveyshäiriöihin liittyy myös yhä pelkoa ja häpeää, minkä vuoksi mielenterveyshäiriöiden mukanaan tuoma leima hankaloittaa ihmissuhteita ja usein estää tai hidastaa hoitoon hakeutumista ja avun saantia. (Heiskanen ym. 2007, 115; Vanheusden ym. 2008; Lepistö ym. 2010) Esimerkiksi Barkerin (2001) mukaan psyykkisen oireilun alkuvaiheessa mielen-terveyspalveluiden ja lääkityksen käyttö lisäsi nuorten kokemuksia erilaisuudesta, ja Moseksen (2010) tutkimuksessa nuoret kokivat mielenterveysoireilun lisäävän ystävien, perheen ja kouluhenkilökunnan ylläpitämää stigmaa, joka näkyi muun muassa kohtaamisiin liittyvänä säälinä, epäluuloisuutena, pelkona, aliarviointina, välttelynä, hyväksymättömyytenä ja epäluottamuksena. Sairautteen liittyikin salailua, joka on yhteydessä stigmaan ja erilaisuuden kokemuksiin

(Kiviniemi 2008, 77). Samargian ja kumppaneiden (2006) tutkimuksessa hie-
man yli kolmannes nuorista salasi mielenterveyteen liittyvää oireilua vanhemmil-
taan, ja Kiviniemen (2008, 77) tutkimuksessa havaittiin, että vanhemmat saat-
toivat salailla oman lapsensa psyykkistä oireilua joko tietämättöminä sairaudes-
ta, tai salaamalla sairauden tietoisesti leimautumisen pelossa kehottamalla nuo-
ria esimerkiksi olemaan puhumatta sairaudesta ulkopuolisille.

Hoitoon pääsyä vaikeuttaa lisäksi palveluiden pirstaleisuus ja oman aktiivisuu-
den vaatimus, joka saattaa olla haasteellista etenkin syrjäytyneille nuorille, joi-
den aineelliset, sosiaaliset ja mielenterveydelliset voimavarat ovat heikolla ta-
solla (Aaltonen ym. 2015). Toisaalta hoitoon hakeutumiseen voi liittyä myös ta-
loudellisia esteitä (Lauber & Rössler 2007; Dashiff ym. 2009). Maahanmuutta-
jien hoitoon hakeutumista voi mutkistaa esimerkiksi väärät tulkinnat kulttuurisi-
donnaisten ongelmien ilmetessä, suomalaisen mielenterveystyön vierastaminen
ja ennakkoluulot sekä tulkin kanssa työskentely (Suikkanen 2010, 74). Pakolais-
taustainen mielenterveyspotilas voi myös kokea olevansa leimattu sekä mielen-
terveysongelmien että etnisen taustansa vuoksi, joka vaikeuttaa hoitoon hakeu-
tumista entisestään (Castaneda ym 2018, 70). Suomessa asiaan on pyritty
puuttumaan muun muassa siten, että neuvoloiden ja kouluterveydenhuollon tar-
kastusten yhteydessä on kiinnitetty entistä enemmän huomiota lasten ja nuor-
ten psykososiaaliseen hyvinvointiin (Gyllenberg, ym. 2016, 124–125). Toisaalta
häiriöiden syntymekanismeihin vaikuttavat monet seikat, eikä nykytutkimuksen
valossa ole selvää näyttöä siitä, mihin tulisi ensisijaisesti vaikuttaa, jotta mielen-
terveyshäiriöltä vältyttäisiin. Tämän vuoksi sairauden ennaltaehkäisyssä on py-
ritty vahvistamaan mielenterveyttä suojaavia tekijöitä ja vähentämään riskiä li-
sääviä seikkoja esimerkiksi suunnittelemalla yhteiskunnallisia rakenteita niin,
että ne tukevat mielenterveyttä ja opettamalla nuorille sosiaalisia taitoja ja on-
gelmanratkaisutaitoja. (Marttunen & Karlsson 2013, 14.)

3 Mielenterveyden häiriöt koulussa

3.1 Mielenterveyshäiriöiden vaikutus koulunkäyntiin

Mielenterveyden häiriöitä pidetään yleisimpinä koululaisten terveysongelmina. Nuoruudessa tapahtuvien nopeiden fyysisten muutosten vuoksi varhaisnuoruudessa ilmenee usein mielialojen, käytöksen tai ihmissuhteiden ailahteluita, jotka voivat vaikuttaa keskittymiseen ja näkyä esimerkiksi levottomuutena. Tyypillinen nuoruusiän kehitys ei kuitenkaan vaikuta nuoren toimintakykyyn, jolloin vaikutukset koulunkäyntiin ovat ainoastaan tilapäisiä. Koska mielenterveyden häiriöt ja niiden oireet tulevat esiin varhaisnuoruudessa, on niiden vaikutus koulunkäyntiin, nuoren kehitykseen ja kokemuksiin koulusta merkittävä. (Marttunen & Karlsson 2013, 8, 10–11.) Mielenterveyshäiriöön viittaavat oireet haittaavat ja rajoittavat koulutyötä usein pitkäaikaisesti esimerkiksi niin, että poissaolojen määrä kasvaa, nuori vetäytyy sosiaalisista suhteista ja opinnoissa esiintyy keskittymiskyvyttömyyttä ja lyhytjänteisyyttä. (Kiviniemi 2008, 74–75; Hietala ym. 2010, 61, 82–83.) Nuorten kokemusten mukaan psyykkinen sairastuminen vaikuttaa myös oman itsen muuttumiseen, kaverisuhteiden katkeamiseen ja opintojen keskeyttämiseen. (Kiviniemi 2008, 74–75.) Ojalan (2017) tutkimuksessa opettajat kokivat nuorten psyykkisen oireilun useimmiten ulospäin suuntautuneena toimintana, kuten aggressiivisuutena, riitaisana ja epäsosiaalisena käyttäytymisenä. Ulospäin suuntautunut oireilu ei tutkimusten mukaan ole kuitenkaan sisäänpäin kääntynyttä oireilua yleisempää, vaan opettajat havaitsivat sisäänpäin kääntynyttä oireilua heikommin, minkä lisäksi hiljaiset ja vetäytyvät oppilaat jäävät kouluissa huomattavasti vähemmälle huomiolle (Ojala 2017, 91).

Mielenterveyshäiriöiden yhteyttä koulumenestykseen on tutkittu vähän (Kaltiala-Heino ym. 2010b), mutta koulumenestyksellä on havaittu olevan yhteys hyvinvointiin (Laukkanen ym. 2010). Oppimisen vaikeudet ja heikko koulumenestys saattavatkin olla mielenterveyden häiriöiden riskitekijöitä samalla kun mielenterveyshäiriöt vaikuttavat toimintakykyyn ja sitä kautta myös oppimiseen ja koulunkäyntiin negatiivisesti (Kaltiala-Heino ym. 2010b). Tutkimusnäyttöä on esimer-

kiksi käytöshäiriöisen nuoren heikosta koulumenestyksestä riippumatta tämän älykkyydestä (McEvoy & Welker 2000) ja anoreksiaan liitetystä ongelmasta matemaattisissa ja kielellisissä tehtävissä (McDowell ym. 2003). Ahdistuneisuushäiriöt saattavat näkyä koulun arjessa esimerkiksi haasteena pitää esitelmiä tai ryhmätöitä, ja neuropsykiatriset häiriöt vaikuttavat usein sosiaaliseen käyttäytymiseen niin, että siitä aiheutuu haittaa koulutyölle (Kaltiala-Heino ym. 2010b). Lisäksi tyypilliset masennusoireet, kuten poissaolot, oppimis- ja keskittymisvaikeudet sekä väsymys aiheuttavat merkittävää haittaa koulutyöskentelylle ja -suoriutumiselle. Kognitiivista suoriutumista laskee myös kokemus toivottomasta tulevaisuudesta ja jatkuva alisuoriutuminen vaikuttaa nuoren itsetuntoon niin, ettei nuori usko enää omiin mahdollisuuksiinsa. (Hietala ym. 2010, 82–83; Marttunen & Karlsson 2013, 45–47; Fröjd ym. 2008.) Kouluarvosanojen lasku ja ongelmat toipumisessa saattavat vaikeuttaa myös jatko-opiskelupaikan saantia ja opintojen loppuun suorittamista (Rogers ym. 2004). Mielenterveyshäiriöt eivät kuitenkaan aina vaikuta koulusuoriutumiseen negatiivisesti, sillä esimerkiksi syömishäiriöihin yhdistetty täydellisyyden tavoittelu ja itseään kohtaan asetetut korkeat vaatimukset näkyvät usein myös opintosuoriutumisessa (Dadi & Rae-vuori 2013, 67; Hietala ym. 2010, 80), minkä lisäksi myös epätavallinen älykkyys saattaa lisätä riskiä mielenterveyshäiriöihin (MacCabe ym. 2010).

Kiviniemen (2008) väitöskirjatutkimuksessa psykiatrisessa hoidossa olleet nuoret kokivat kiusatuksi tulemisen traumaattisena kokemuksena, ja kiusaamisen koettiin olevan yhteydessä psyykkiseen oireiluun. Kiusaamisen nähtiin muuttavan nuorten luonteenpiirteitä ja lisäävän eristäytymistä (Kiviniemi 2008 74.) Kiusatut tai kiusaavat nuoret kokevat kouluyhteisön negatiivisempänä kuin muut (Harel-Fisch ym. 2011), sillä nuoret kokevat luokkatovereitaan enemmän stressiä, psykosomaattisia oireita ja itsetuhoisuutta (Juvonen ym. 2003; Gini 2008; O'Connor ym. 2009). Koulukiusaamisen uhriksi joutumisella onkin havaittu yhteys psykosomaattisiin oireisiin, itsetunnon ongelmiin, masennus- ja ahdistusoireisiin sekä väkivaltaiseen käyttäytymiseen (Kaltiala-Heino ym. 2010a). Riskiä kiusaajana oloon taas kasvattavat erilaiset depressio ja ahdistuneisuushäiriöt sekä käytös- ja päihdehäiriö (Kaltiala-Heino ym. 1999), sillä esimerkiksi

käytöshäiriö saattaa näkyä kiukkukohtauksien, riitelyn ja uhkailun lisäksi kiusaamisena ja tappelemisena (Hietala ym. 2010, 69–71). Toisaalta masennusoireita esiintyy muita oppilaita enemmän sekä kiusattujen että kiusaajien joukossa (Marttunen & Karlsson 2013, 45–47), ja myös neuropsykiatristen häiriöiden on todettu lisäävän kiusaamisen ja kiusatuksi tulemisen riskiä (Parikka ym. 2017, 20). Niillä nuorilla, jotka ovat itse muuttuneet kiusaamisen uhreista kiusaajiksi, esiintyy erityisen paljon psyykkistä oireilua (Barker ym. 2008). Tutkimusten mukaan mielenterveyshäiriöillä onkin vahvempi yhteys kiusaamiseen kuin kiusatuksi tulemiseen, mikä saattaa johtua esimerkiksi pahan olon purkamisena tai käytöshäiriön oireella (Barker ym. 2008; Kaltiala-Heino ym. 1999). Ulospäin näkyvät mielenterveyden häiriöt, kuten käytös- tai päihdehäiriöt lisäävät kiusaamisen tai kiusatuksi tulemisen todennäköisyyttä sekä tytöillä että pojilla, mutta sisäänpäin suuntautuneista häiriöistä kärsineillä yhteys kiusaamiseen on havaittu ainoastaan pojilla (Luukkonen ym. 2010). Tutkimustulokset koulu- kiusaamisen ja koulukiusaamisen uhriksi joutumisen sekä mielenterveyshäiriöiden yhteydestä eivät ole yksimielisiä (Fekkes ym. 2006; Kim ym. 2006), mutta mielenterveyshäiriöt voivat toimia kiusaamista selittävinä taustatekijöinä.

Runsaat, muista kuin somaattisista sairauksista johtuvat koulupoissaolot viittaavat usein mielenterveyshäiriöihin, ja mielenterveyden häiriöiden on todettu lisääntyvän pinnaamisesta ja koulukieltäytymisestä johtuvien poissaolojen lisääntyessä (Kaltiala-Heino ym. 2003; Kaltiala-Heino ym. 2010b). Luvattomasti koulusta poissaolleilla oppilailla onkin havaittu huomattavasti enemmän hyvinvoinnin pulmia, kuin muilla nuorilla. (Halme ym. 2018, 29). Runsaat koulupoissaolot ovat osoitus perheen, nuorten ja kouluyhteisön ongelmista ja ne ovat uhka pait-si lapsen ja nuoren kehitykselle, myös hänen sosiaalisille suhteilleen ja koulu-menestykselleen (Kaltiala-Heino ym. 2003). Nuoret keskeyttävät koulun tutkimusten mukaan useimmiten silloin, kun oppilaitos ei ole joustava tai he eivät saa opettajilta tarvitsemaansa tukea (Rikala 2018). Opettajat pitävät koulusta pois jättäytymistä erityisen haasteellisena, sillä he eivät tiedä, missä lapset ovat, eivätkä näin ollen pysty puuttumaan heidän ongelmiinsa (Ojala 2017, 93). Psyykkisestä oireilusta kärsineet nuoret kokevat koulunkäynnin kuitenkin usein

tärkeänä, ja poissaoloihin tai koulun keskeyttämiseen liittyy pettymyksen ja häpeän tunteita. Nuorten kokemusten mukaan koulupoissaolojen tai keskeyttämisen taustalla vaikuttavat esimerkiksi opinnoissa jälkeen jääminen tai haastava opintoihin palaaminen, kavereiden tapaaminen sekä kokemukset koulukiusaamisesta (Kiviniemi 2008, 75.) Pinnaaminen tapahtuu usein vanhempien tietämättä, ja liittyy useimmiten käytös- ja päihdehäiriöihin, mutta sitä on yhdistetty myös masennukseen, ahdistuneisuuteen ja psykosomaattisiin oireisiin (Steinhausen ym. 2008) sukupuolesta riippumatta (Kaltiala-Heino ym. 2003). Koulusta kieltäytyminen sen sijaan on usein vanhempien hyväksymää, ja sen taustalla on eroahdistusta, ahdistuneisuushäiriötä tai depressiota (Hansen ym. 1998; King ym. 1998).

Moniin mielenterveyshäiriöihin liittyvät sosiaalisten taitojen ja vuorovaikutuksen ongelmat aiheuttavat vaikeuksia esimerkiksi kontakteissa ikätovereihin samalla kun heikot sosiaaliset taidot heikentävät itsetuntoa ja vaikuttavat negatiivisesti oppimiseen. Neuropsykiatrisissa häiriöissä, kuten aspergerin oireyhtymässä sosiaaliset taidot ovat häiriön ydinoire, ja ikätoverisuhteita saattaa vaikeuttaa esimerkiksi samanaikaiset ADHD:n oireet. (Kaltiala-Heino ym. 2010b.) Neuropsykiatristen häiriöiden oireet näkyvät sekä koulutyöskentelyssä että sosiaalisissa suhteissa, ja ongelmia voikin esiintyä kaikilla koulunkäynnin onnistumiseen ja opiskeluun liittyvillä osa-alueilla. Sääntöjen ymmärtäminen ja noudattaminen, annettujen tehtävien teko ja tavaroista huolehtiminen voi olla haasteellista samalla kun sopeutuminen luokkayhteisöön ei välttämättä onnistu. (Parikka ym. 2017, 18–20.) Masennukseen ja ahdistuneisuushäiriöön voi liittyä taas vaikeus käyttää jo hankittuja sosiaalisia taitoja, ja ahdistuneisuushäiriöistä kärsivä nuori saattaa tuntea olevansa erilainen ja muita huonompi, sillä nyky-yhteiskunnassa arvostetaan sosiaalisuutta ja esillä olemista. Sosiaalisiin tilanteisiin liittyvät vaikeudet haittaavat koulutyötä monin eri tavoin, ja ne näkyvät esimerkiksi ruokailutilanteissa, ryhmätöissä ja esitelmien pitämisessä. (Hietala ym. 2010, 76–77; Kaltiala-Heino ym. 2010b.)

3.2 Lainsäädäntö koulun mielenterveystyön taustalla

Mielenterveyden edistämistyön taustalla vaikuttavat lainsäädäntö, eettiset ohjeistukset ja tietosuojalait. Oppilaiden hyvinvointia turvaavat ensisijaisesti lastensuojelulaki (417/2007), terveydenhuoltolaki (1326/2010) sekä oppilas- ja opiskelijahuoltolaki (1287/2013). Kouluarkea ohjaavan oppilas- ja opiskelijahuoltolain tarkoituksena on muun muassa edistää oppilaiden oppimista, terveyttä ja hyvinvointia, ehkäistä ongelmien syntyä ja turvata sekä varhainen tuki sitä tarvitseville että opiskelijoiden tarvitsemien opiskeluhuoltopalvelujen yhdenvertainen saatavuus ja laatu. Oppilas- ja opiskelijahuoltolaissa säädetään myös opiskeluhuollon kokonaisuudesta, johon kuuluvat ennaltaehkäisevä, koko oppilaitosyhteisöä tukeva yhteisöllinen opiskeluhuolto sekä yksilökohtainen opiskeluhuolto, johon sisältyvät koulu- ja opiskeluterveydenhuollon palvelut, monialainen opiskeluhuolto sekä koulutuksen järjestäjän järjestämät sosiaali- ja terveystalvet (Oppilas- ja opiskelijahuoltolaki 1287/2013 2–5§). Terveydenhuoltolain (1326/2010) mukaan mielenterveys- ja päihdepalvelut kuuluvat opiskeluterveydenhuollon piiriin. Koulu- ja opiskeluterveydenhuollon ydinpalveluita ovatkin terveydenhoitajan ja lääkärin palvelut, joihin kuuluvat mielenterveys- ja päihdetyö, seksuaalikasvatus sekä suun terveydenhuolto (Haravuori ym. 2016, 15).

Laissa säädetyn oppilas- ja opiskeluterveydenhuollon tarkoituksena on edistää ja ylläpitää opiskelijoiden ja oppilaiden hyvinvointia edistämällä opiskeluyhteisön hyvinvointia ja opiskeluympäristön terveellisyyttä ja turvallisuutta. Hyvinvoinnin edistämiseen liittyy opiskelijoiden terveyden ja opiskelukyvyn seuraaminen järjestämällä terveys- ja sairaanhoitopalveluja, opiskelijan erityisen tuen tai tutkimuksen varhainen tunnistaminen ja opiskelijan ohjaaminen tarvittaessa jatko- hoitoon ja tutkimuksiin. (Haravuori ym. 2016, 15.) Perusopetuksen opetussuunnitelman perusteissa (2014) määrätään Oppilas- ja opiskelijahuoltolaissa (1287/2013) säädetyn perusopetuksen oppilashuollon keskeisistä periaatteista, tavoitteista ja oppilashuoltosuunnitelman laatimisesta. Toisen asteen opiskeluterveydenhuolto on osa oppilas- ja opiskelijahuoltolakia, minkä lisäksi siihen kuuluu ammatillisesta aikuiskoulutuksesta annetun lain (631/1998) mukaista

opiskelijahuoltoa. Yliopisto- ja ammattikorkeakouluopinnoissa käytetään opiskeluhuollon sijaan terveyttä ja opiskelukykyä edistävää hyvinvointityötä. (Haravuori ym. 2016, 11.) Oppilas- tai opiskelijahuoltoryhmä suunnittelee, kehittää ja arvioi oppilaitoksen opiskeluhuoltoa. Opiskeluhuoltotyö kattaa muun muassa tunte- ja vuorovaikutustaitojen, terveellisten elintapojen, opiskelijoiden ja huoltajien osallisuuden edistämisen, kiusaamista ja häirintää vähentävät toimintatavat, poissaolojen ehkäisemisen ja opiskeluhuollon yhteistoiminnan ulkopuolisten tahojen kanssa. (Haravuori ym. 2016, 172.) Oppilashuolto on moniammatillinen työryhmä, jonka tavoitteena on opiskelijan tai oppilaan fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin ja kehityksen edistäminen (Hietala ym. 2010, 66).

3.3 Mielenterveyden edistäminen oppilaitoksissa

Mielenterveyden edistämisellä tarkoitetaan positiivisen mielenterveyden tukemista elämänlaadun vahvistamisella ja niiden tekijöiden muuttamisella, joihin voidaan vaikuttaa myönteisesti. Jo 1950-luvulta lähtien kouluympäristöä on pidetty terveyden edistämisen kannalta tärkeänä ympäristönä, minkä vuoksi sillä on tärkeä rooli myös mielenterveyden edistämiseen liittyvien toimintojen ja aloitteiden kannalta. (THL 2013, 11.) Kouluympäristöllä on suuri merkitys nuoren elämään ja hyvinvointiin ja se korostuu niillä, joille koti ei pysty tarjoamaan positiivisia vuorovaikutussuhteita (Haravuori ym. 2010, Kaltiala-Heino ym. 2010b) Mielenterveyden edistäminen on jokaisen koulun henkilökunnan jäsenen vastuulla riippumatta siitä, työskenteleekö koulussa opettajana, koulupsykologina, terveydenhoitajana tai toimistotyöntekijänä (THL 2013, 11). Aiempien tutkimusten mukaan mielenterveyden edistämisellä oppilaitoksissa on sekä yksilöllisiä, sosiaalisia että taloudellisia vaikutuksia. Pitkäkestoinen, koko kouluyhteisön, ympäristön ja perheen osallisuuteen keskittyvä mielenterveystyö ennakoi mielenterveyden edistämisen onnistumista (Wells ym. 2003; Wand 2011; Weare & Nind 2011). WHO (1998) korostaakin koulun merkitystä yhteisöllisille ja terveyttä edistävälle toiminnolle. Koulun tulee rakentaa sellaista kulttuuria, jossa mielenterveyttä arvostetaan ja edistetään, antaa oppilaille ja henkilökunnalle perus-

tiedot mielenterveydestä, toimeenpanna ohjelmia, jotka tukevat positiivista mielenterveyttä ja hyvinvointia sekä hyödyntää erilaisia näyttöön perustuvia menetelmiä positiivisen mielenterveyden vahvistamisessa. (THL 2013, 11.)

Mielenterveystyö on ensiarvoisen tärkeää oppilaitoksissa niiden tavoittaessa laajasti eri ikäluokkia tärkeissä kehityksen vaiheissa (Moring ym. 2011). Koulussa mielenterveyttä edistetään kouluterveydenhoitajan ja -lääkärin, koulupsykologin, -kuraattorin ja opettajan työhön sisältyvän oppimisen tuen avulla (Kaltiala-Heino ym. 2010b). Oppilaiden ja opiskelijoiden mielenterveyspalvelut painottuvat ennaltaehkäisevään ja lievien oireiden hoitoon, ja mielenterveyspalvelut ovat lähtökohtaisesti matalan kynnyksen ehkäiseviä ja sairaanhoidollisia palveluita (Haravuori ym. 2016, 16; Mikkonen ym. 2015). Ennaltaehkäisevä tuki ehkäisee psyykkisten ongelmien syntyä niillä, joilla ei ole kliinisesti todettua psyykkistä häiriötä (Fleminf & Talbott 2003; Noam & Hermann 2002) ja varhaisella puuttumisella ehkäistään pahoinvoinnin kärjistymistä psykiatrista hoitoa vaativaksi (Dowdy ym. 2012; Santor ym. 2007). Koulun asenneilmapiiri on merkittävässä roolissa siinä, miten nuoret hakeutuvat tai miten heille tarjotaan opiskeluterveydenhuoltoon liittyviä mielenterveyspalveluita. Ilmapiiriltään negatiivinen koulu näkyy esimerkiksi mielenterveysoireilun salailuna (Kiviniemi 2008, 81) ja mikäli psyykkistä oireilua ei koeta esimerkiksi oppimisvaikeuksiin rinnastettavana kyvyttömyytenä, tuen järjestämistä ei pidetä välttämättömänä (Nor & Dakin 2006). Toisaalta koulun tavoitteena voidaan pitää akateemista suoriutumista, jolloin tuelle ei nähdä tarvetta silloin, kun oireilu ei vaikuta merkittävästi oppimistuloksiin (Heathfield & Clark 2004).

Mielenterveyttä voidaan edistää operoimalla yksilö-, yhteisö-, tai rakenteellisella tasolla. Kouluissa käytetyt mielenterveyttä edistävät menetelmät voidaan jakaa kolmeen erilaiseen kategoriaan, joilla pyritään kullakin vaikuttamaan edellämäinnittujen tasojen mukaisesti. Näitä ovat *taitoharjoittelu luokkaympäristössä*, joka tarkoittaa elämäntaitojen ja sosiaalisten taitojen opettamista, *koko koulun lähestymistapa*, millä viitataan oppimisympäristön, koulun sosiaalisen ympäristön sekä koulun arvoympäristön muuttamiseen kodin ja ympäröivän yhteisön tuella

ja *kohdennetut toimenpiteet*, jotka ovat mielenterveyden häiriöiden riskiryhmiin kuuluville oppilaille tarkoitettuja toimenpiteitä, joilla vahvistetaan erilaisia selviytymisstrategioita ja pyritään ennaltaehkäisemään esimerkiksi itsemurhia. (Barry & Jenkins 2007.) Koko koulun lähestymistavassa avaintekijöitä ovat *ihmissuhteet, osallistuminen, itsenäisyys* ja *selkeys*. Näihin liittyvät tukea antavat vuorovaikutussuhteet oppilaiden ja opettajien välillä, mahdollisuus keskustella yksilöä ja yhteisöä koskevista asioista, vapauden ja itsenäisyyden sopiva suhde oppilaan omista lähtökohdista riippuen, kokemukset rakenteista ja rajoista sekä selkeät odotukset ja käsitykset omasta roolista ja koulun normeista, arvoista ja säännöistä. (Weare 2000.) Oppilaiden koulutyöhön sitoutumista edistävätkin osallisuus, positiiviset koulun ihmissuhteet ja hyvin suunniteltu sekä toimiva kouluympäristö (Puolakka 2013, 69).

Mielenterveys- ja päihdepalvelut muodostavat keskeisen osan opiskeluterveydenhuollosta, ja niiden tavoitteena on vahvistaa mielenterveyttä ja vähentää mielenterveyteen liittyviä riski- ja uhkatekijöitä. Mielenterveystyöhön kuuluvat edistävä (promootio) ja ehkäisevä (preventio) työ sekä mielenterveyspalvelut. Mielenterveyttä edistävän työn tavoitteena on suojella, vaalia ja parantaa koko yhteisön mielenterveyttä, kun ehkäisevä työ keskittyy erityisesti riskiryhmiin vaikuttamiseen. Mielenterveyspalveluihin sisältyvät ohjaus, kriisitilanteiden ja tarpeenmukainen psykososiaalinen tuki sekä mielenterveyshäiriöiden tutkiminen, hoito ja kuntoutus. (Haravuori ym. 2016, 15.) Tutkimusten mukaan onnistuneimmat mielenterveyden edistämisen interventiot keskittyivät positiivisten taitojen ja tietojen edistämiseen niin, että ohjelmat jatkuivat yhtäjaksoisesti pitkään. Heikoimpia tuloksia taas saatiin interventioista, jotka keskittyivät negatiivisiin asioihin, kuten ongelmiin reagointiin. (Wells ym. 2003; Weare & Nind 2011.)

Vaikuttavat mielenterveyden edistämisen menetelmät sisältävät tunne- ja vuorovaikutustatojen opetuksen lisäksi positiiviseen mielenterveyteen painottamista, universaalien ja kohdennettujen interventioiden tasapainoa ja kokonaisvaltaista asenteita ja arvoja huomioivan lähestymistavan (Weare & Nind 2011). Toisaalta kouluissa voidaan huomioida nuoren oppimisvalmiudet ja toimintaky-

vyn rajoitteet erilaisilla erityisjärjestelyillä, kuten yksilöllisillä tavoitteilla ja opiskelumenetelmillä (Karlsson 2013, 91). Erilaisia mielenterveys- ja päihdehäiriöiden *tunnistamiseen ja arviointiin* liittyviä menetelmiä ovat terveystarkastukset ja kysely- ja seulontamenetelmät. *Mielenterveys- ja päihdetyön* menetelmiä taas ovat mielenterveyttä edistävät ja päihteiden käyttöä ehkäisevät menetelmät kuten YAM (the Youth Aware of Mental Health Programme), yksilömuotoiset menetelmät, kuten psykososiaaliset tukea antavat keskustelut, ryhmämuotoiset menetelmät, esimerkiksi MAESTRO-kurssi (Masennuksen ehkäisyä stressinhallintaa oppimalla), matalan kynnyksen ja liikkuvat palvelut sekä verkkomuotoiset palvelut (Kanste ym. 2016, 27–34). Mielenterveyden edistämisen onnistumiseksi nuoren tilannetta tulee arvioida aina kokonaisvaltaisesti ja mahdollisuuksien mukaan (Marttunen & Karlsson 2013, 12).

Mielenterveys- ja päihdetyöhön perus- toiseella- ja kolmannella asteella kuuluvat palvelut ja yhteistyötahot voidaan jakaa seuraavan Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (Haravuori ym. 2016, 18) laatiman taulukon mukaisesti perustason, erityistason ja vaativan tason palveluihin:

Taulukko 3. Opiskelija ja lähipiiri (huoltajat, perhe, ystävät) (Haravuori ym. 2016)

perustaso ja sitä täydentävät palvelut	Oppilaitoksessa tai keskitetyssä opiskeluterveydenhuollon toimipisteessä tarjottavat palvelut: terveydenhoitajan, lääkärin, psykologin, kuraattorin sekä muiden mielenterveys- ja päihdetyöntekijöiden palvelut, opinto- ja opetuspalvelut sekä yhteisöllinen hyvinvointityö
	Terveyskeskuksen yleiset palvelut: Vastaanotto- ja päivystyspalvelut, psykologin, psykiatrisen sairaanhoitajan, depressiohoitajan ja päihdetyöntekijän palvelut, sähköiset omahoitopalvelut
	Kunnan muut mielenterveys- ja päihdepalvelut: Esimerkiksi nuorisopoliklinikan ja -aseman sekä nuorisoneuvolan palvelut
	Kunnalliset sosiaalihuollon palvelut: Nuorten sosiaalityö ja ohjaus, perhetyö, asumispalvelut
	Kunnalliset nuoriso-, kulttuuri-, ja vapaa-ajanpalvelut: Nuorisotyön eri muodot, nuorten työpajat
	Ohjaamo-palvelut: Sisältää muun muassa työllisyys-, koulutus-, nuoriso-, ja vapaa-ajan sekä sosiaali- ja terveyspalveluita
	Kolmannen sektorin palvelut: Järjestöjen ja vapaaehtoistoimijoiden palvelut, verkkopalvelut
	Kelan palvelut: opintotuki
Erityistason palvelut	Somaattinen erikoissairaanhoito: Erikoisalojen palvelut kuten sisätaudit ja neurologia
	Nuoriso- ja aikuispsykiatrisen erikoissairaanhoito: Avo- ja osastohoito, liikkuvat ja konsultatiiviset palvelut
	Päihdehuollon erityispalvelut: Lastensuojelun palvelut ja tukitoimet, avohuolto ja sijoitus, huostaanotto, sosiaali- ja kriisipäivystys, vammaispalvelut
	Kelan ja vakuutuslaitosten palvelut: Kuntoutuspalvelut, psykoterapiat, sopeutumisvalmennus, päihdekuntoutus, ammatillinen kuntoutus
	Yksityisen sektorin palvelut: Psykoterapeuttiset hoidot ja tutkimukset, neuropsykologinen kuntoutus, neuropsykiatrisen valmennus, monimuotokuntoutukset
Vaativat palvelut	Vaativat nuoriso- ja aikuispsykiatriset palvelut: Oikeuspsykiatriset tutkimukset, kansallisesti keskitetyt palvelut, vaikeasti (väkivallalla) oireilevien avo- ja osastohoito
	Vaativat päihdepalvelut: Vaativa laituskuntoutus- ja hoito
	Lastensuojelun vaativat erityispalvelut: koulukodit
	Rikosseuraamusten piiriin joutuneiden palvelut
	Vaativat maahanmuuttajien ja turvapaikanhakijoiden palvelut

Edellä kuvattuja nuorten mielenterveyspalveluja tuottavat eri tahot kunnista riippuen niin, että opiskeluterveydenhuollon mielenterveyspalvelut järjestetään kokonaisuutena muun kunnassa tehtävän mielenterveystyön kanssa. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että opiskelijalla tulisi olla mahdollisuus saada palvelunsa saman hoitavan tahon luota ja palvelujen tulee olla niitä käyttävän nuoren

kannalta helposti saavutettava kokonaisuus. Koulu- ja opiskeluterveydenhuollon toimijat tekevät ehkäisevän työn, varhaisen tunnistamisen ja hoidon ja seurannan osalta yhteistyötä esimerkiksi opetushenkilöstön, sosiaalihuollon ja erityistason palvelujen, kuten nuorisopsykiatrisen erikoissairaanhoidon ja lastensuojelun sekä muiden perusterveydenhuollon toimijoiden kanssa. (Haravuori ym. 2016, 17–19.) Opiskeluterveydenhuollon toiminta on kuitenkin edelleen hajautunutta eri toimijoiden ja toimipisteiden välillä, mikä ei ole terveydenhuoltolain (1326/2010) ja valtioneuvoston asetuksen (338/2011) mukaista toimintaa (Kans- te ym. 2016, 98). Kansten ja kumppaneiden (2016) tutkimuksen mukaan opiskeluterveydenhuollon palveluita arvioitiin lisäksi harvoin olevan riittävästi aiempien selvitysten puoltaessa tätä näkemystä (ks. Leinonen ym 2010, Kääriä ym. 2011, Wiss ym. 2015). Tutkimuksessa havaittiin, että ainoastaan puolet opiskeluterveydenhuollon lääkäreistä kokivat voivansa tehdä hyvin diagnostisen arvion tavallisimmista mielenterveyshäiriöistä, määrittelemään sen vaikeusasteen ja aloittamaan hoidon tai ohjaamaan jatkohoitoon (Kanste ym. 2016).

Eri kouluterveydenhoitajien kokemuksia käsitelleiden tutkimusten mukaan opiskeluterveydenhuollon kouluterveydenhoitajat pitävät auttamismahdollisuuksiaan rajallisina, sillä he kokevat koulutuksensa ja harjoituksensa puutteelliseksi mielenterveysoireiluun liittyen (Membride ym. 2015), tukemiseen ei ole tarpeeksi aikaa, resursseja ei ole tarpeeksi ja oppilaita on liikaa (Mäenpää ym. 2008, 28; Honkanen 2008; Tossavainen ym. 2002, 16–17). Mäenpään ja kumppaneiden (2008) tutkimuksessa terveydenhoitajat kokivat, että alakouluissa odotetaan lasten tekevän itsenäisiä päätöksiä huomioimatta heidän ikätasoaan, minkä lisäksi lasten lojaalius perhettään kohtaan voi pahimmillaan johtaa siihen, ettei lapsi puhu kotona ilmenevistä ongelmista. Kouluterveydenhoitajat pitivät terveydenhuollon ammattilaisten ja vanhempien välistä hyvää yhteistyösuhdetta molemminpuolisena voimavarana (Nuikka 2002, 76), ja aikaresurssien lisäämisen nähtäisiin kehittävän myös tätä yhteistyötä (Honkanen ym. 2008, 28). Lisäksi he kaipaivat monipuolisempia mielenterveyttä edistäviä ja varhaisen tunnistamisen apuvälineitä ja menetelmiä (Välimäki ym. 2014). Koulun henkilökunnan kokemaan puutteeseen mielenterveyshäiriöiden hoitoon ohjaamisessa on vastattu

perustamalla psykiatristen sairaanhoitajien toimia eri perusopetuksen kouluihin (Rimpelä ym. 2010, 169), sillä arkiympäristössä toteutetulla palvelulla voidaan tavoittaa sekä lapset että näiden vanhemmat, mutta myös lasten ja nuorten kanssa työskentelevät aikuiset (Spratt ym. 2010, 131–132.)

Koulu- ja opiskelijaterveydenhuolto ovat ratkaisevassa asemassa mielenterveyshäiriöiden hoidossa ja vakavampien häiriöiden kohdalla hoitoon ohjauksessa, mutta myös oppilashuollolla ja opetuksen parissa työskentelevillä aikuisilla on merkittävä rooli häiriöiden tunnistamisessa, sillä usein nuorten parissa päivittäin työskentelevät aikuiset ovat niitä, jotka tunnistavat ensimmäisiä oireita jo varhain (Marttunen & Karlsson 2013, 13). Psyykkisesti oireilevia oppilaita opetetaan perusopetuksen opetusryhmissä, erityisryhmissä, erityiskouluissa, sairaalaopetuksessa ja valtion koulukotien kouluissa (Ojala 2017, 114), jolloin opettajan rooli interventioden täytäntöönpanosta ja onnistuneesta mielenterveystyöstä on keskeinen (Mukoma & Fisher 2004). Koululaisten ja heidän vanhempiensa tietämys mielenterveydestä ja mielenterveyden häiriöistä on Puolakan (2013, 71) tutkimuksen mukaan vähäistä, mikä tuo haasteita näiden asioiden opetukselle koulussa. Opettajat kokevat lisäksi, ettei kasvatuksellisesti tärkeitä aiheita voi käsitellä kouluissa tarpeeksi ajanpuutteen vuoksi (Lahelma 2001, 87–89). Toisaalta opettajat eivät näe koulua psyykkisesti oireilevalle lapselle välttämättä parhaana paikkana opiskella, vaan siirtämisen tai poislähtettämisen kulttuuri saattaa edelleen näkyä opettajien asenteissa (Ojala 2017, 94). Noviisiopettajien mukaan vaikeimmat koulunpidon tilanteet syntyvätkin opetettaessa psyykkisesti oireilevaa oppilasta (Blomberg 2008, 125), ja sopeutumattomat, käytöshäiriöiset oppilaat ovat kehitysvammaisten oppilaiden kanssa niitä, joita opettajat haluavat vähiten ottaa ryhmiinsä (Moberg & Savolainen 2015, 97).

Vaikka opettajien on todettu havaitsevan lasten ja nuorten mielenterveysongelmia hyvin (Honkanen ym. 2010), he pitävät oireilevien oppilaiden kohtaamista, oireilun tunnistamista ja siihen puuttumista vaikeana (Ojala 2017, 95). Toisaalta opettajat raportoivat ulospäin suuntautuneesta oireilusta sisäänpäin kääntynyttä oireilua useammin, mikä saattaa osoittaa, etteivät opettajat tunnista oppilaiden

masennusta tai muuta sisäänpäin kääntynyttä oireilua tai erota sitä normaalista murrosikään liittyvästä oireilusta (Ojala 2017, 91). Opettajat eivät välttämättä uskalla puuttua tai koe osaavansa toimia oikein kohdatessaan psyykkistä oireilua (Puolakka 2013, 71), sillä he eivät pidä omia valmiuksiaan riittävinä; He kokevat tietämyksensä, kokemuksensa ja koulutuksensa vajavaisina oikeanlaiseen psyykkisesti oireilevien lasten ja nuorten tukemiseen (Reinke ym. 2011; Ojala 2017, 96). Opettajat kokevatkin tarvitsevänsä vertaistukea ja ei-pedagogista tukea esimerkiksi psykologeilta, toimintaterapeuteilta ja sosiaalityöntekijöiltä voidakseen ohjata psyykkisesti oireilevia lapsia (Pönkkö 2005, 56–60; Kokko ym. 2013). Opettajille saattaa lisäksi olla epäselvää, mitä oppilaan oireiden havaitsemisen jälkeen pitäisi tehdä, milloin pitäisi toimia ja kenen pitäisi tehdä jotain. Heidän mukaansa vasta tilanteiden kriisiytyessä oppilaille saatiin usein asianmukaista apua ja tukea. Ulospäin suuntautuneen oireilun kohdalla näyttäisikin siltä, että varhainen tunnistaminen toteutuu, mutta varhainen puuttuminen jää uupumaan. (Ojala 2017, 95–96, 115.)

Opiskelijat odottavat terveystalvelujen turvaamista opiskeluaikana samalla tavoin, kuin ne turvataan työelämässä (Sulander & Romppanen 2007, 99). Heidän kokemustensa mukaan kolmannen asteen opinnoissa pysyvä hoitokontakti käynnistyi suhteellisen nopeasti, mutta terapian ja keskusteluavun sijaan häiriötä hoidettiin aluksi vain lääkkein (Rikala 2018). Hoitoon ohjauksessa ja tukemisessa on kuitenkin nuorten kokemusten mukaan parannettavaa, sillä alakoulussa ainoastaan hieman alle puolet lapsista kokivat, että koulussa on aikuinen, jonka kanssa voi keskustella mieltä painavista asioista, ja perusopetuksen 8. ja 9.-luokkalaisista vastaavaa koki vain noin viidennes. (Halme ym. 2018, 61–62.) Psyykinen oireilu koettiin nöyryyttävänä ja hämmentävänä, ja nuoret olisivat toivoneet nopeampaa hoitoon ohjausta erityisesti opettajien toimesta (Kiviniemi 2008, 75), minkä lisäksi he toivoivat enemmän positiivista palautetta, ongelmien puheeksi ottamista ja työrauhaa (Kuronen 2010). Toisaalta nuorten mukaan tuen puute ei liity ainoastaan opettajiin, sillä ne nuoret, joilla oli muita nuoria enemmän hyvinvoinnin ongelmia, eivät olleet saaneet riittävää apua ja tukea kouluterveydenhoitajalta (Halme ym. 2018, 53). Kouluterveyskyselyn (2017)

mukaan nuoret olisivat kaivanneet lisää tukea myös psykologeilta ja kuraattoreilta, sillä tytöistä reilu kolmannes ja pojista joka neljäs ei ollut saanut tarvitsemaansa apua koulupsykologilta (Halme ym. 2018, 61). Lisäksi yli kolmannes psykiatrisen diagnoosin saaneista nuorista koki kouluhenkilökunnan osoittamaa välinpitämättömyyttä, välttelyä, pelkoja ja aliarvioimista (Moses 2010), ja sekä opiskelijat että opettajat toivoivat entistä paremmin psyykkistä hyvinvointia tukevia kouluympäristöjä (Kidger ym 2009).

Vertaisryhmän reaktiot ja toiminta ovat sairastuneelle merkittävässä roolissa, ja kaveripiirillä on suuri merkitys nuoren elämää koskevissa valinnoissa (Kracke 2002). Suomalaisnuoret kääntyvät mielummin ystäviensä kuin opettajien tai muiden koulun henkilökunnan puoleen (Davisdon ym. 2008), ja sosiaalista tukea haetaan yleisimmin omilta vanhemmilta (Kauppinen ym. 2004, 82–83; Välimaa 1996), vaikka Välimaan (1996) tutkimuksen mukaan nuoret olisivatkin mielellään yhteydessä muihin aikuisiin neuvoja tarvitessaan. Nuoret kokevat saavansa koulun muulta henkilökunnalta vain vähän sosiaalista tukea (Davidson ym. 2008), vaikka sosiaalisella tuella on merkitystä nuorten hyvinvoinnin kannalta riittämättömän sosiaalisen tuen ennustaessa suurempaa riskiä sairastua esimerkiksi masennukseen (Malecki & Demaray 2002; Kaltiala-Heino ym. 2001, 161). Lisäksi opettajien tuottaman sosiaalisesti tukevan ilmapiirin on todettu ehkäisevän esimerkiksi masennusta tehokkaammin kuin oppilaiden keskinäisen tuen (Ellonen 2008, 90). Psykiatrisessa hoidossa olleiden nuorten aikuisten mukaan kohdatuksi tuleminen oli edellytys voimavarojen tunnistamiselle ja hyödyntämiselle (Kinnunen 2008). Tätä tukee myös Ellosen (2008, 94, 96, 98) tutkimus, jossa osoitettiin, että masentuneisuutta ja rikekäyttäytymistä voidaan ehkäistä sosiaalisen tuen ja kontrollin keinoin kouluyhteisössä panostamalla opettajien tuottamaan yhteisölliseen sosiaaliseen tukeen ja ajattelemalla koulua yhtenäisenä kasvumäristönä.

4 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Tutkielmamme tarkoituksena on analysoida laadullisin keinoin mielenterveyden häiriöistä kärsivien tai kärsineiden henkilöiden kokemuksia mielenterveyshäiriöiden vaikutuksesta koulunkäyntiin ja sosiaalisiin suhteisiin. Tarkastelemme koulukokemuksia ensisijaisesti kahdesta erilaisesta näkökulmasta; millaista arkea mielenterveyshäiriöistä kärsivät nuoret elävät kouluissa, sekä miten muut ovat suhtautuneet nuoren psyykkiseen oireiluun. Näiden ajatusten pohjalta olemme muodostaneet seuraavat tutkimuskysymykset:

1. Miten mielenterveyshäiriöt ovat vaikuttaneet nuoren sosiaalisiin suhteisiin?
2. Miten mielenterveyshäiriöt ovat vaikuttaneet nuoren koulunkäyntiin?
3. Millaista apua ja tukea nuoret ovat saaneet mielenterveyshäiriöihinsä?

5 Tutkimuksen metodologiset valinnat

5.1 Narratiivinen tutkimusote

Ihmiset ovat aina kertoneet elämästään tarinoita, sillä tarinankerronta on meille luontainen tapa ymmärtää maailmaa (Hyvärinen & Löyttyniemi 2005, 189). Ennen kirjoitustaidon kehittymistä tarinamme taustoistamme kiersivät suullisina tai kuvallisina kertomuksina henkilöltä toiselle, ja nykyisin voimme lukea erilaisia tarinoita suullisen perimätiedon lisäksi monipuolisesti eri medioista. Sen lisäksi, että suullisesta tiedosta on siirrytty enenevässä määrin kirjoitettuun kerrontaan, on yhteiskunnan muutoksen myötä myös sellaiset ihmiset saaneet äänensä kuuluviin, joilla on muita vähemmän valtaa. Elämästä kertominen ja sen dokumentoiminen onkin nykyisin niin yleistä, että yhteiskunnastamme voitaisiin käyttää jopa elämäkerrallista määritelmää. (Plummer 2001, 78–79.) Ihmiset jäsentävät omaa olemassaoloaan, ja tavoittelevat eheyttä sekä jatkuvuutta kertomusten avulla (Atkinson 2007, 224). Yksilöt sanoittavat oman elämänsä vastoin käymisiä kertomusten avulla, jolloin vaikeuksista kertominen jäsentää jo elettyä elämää sekä antaa tilaa näihin liittyvien merkitysten etsimiselle (Riessman 2008, 10). Erilaiset tapahtumista kertovat tarinat ja kertomukset muodostavatkin merkityksellisen osan *kulttuurisesta ja sosiaalisesta tarvinavarannostamme*, tuottaen ja kantaen erilaisia kulttuurisia merkityksiä (Hänninen 1999, 2010; Ukonen 2006, 192).

Narratiivisuus käsitteen historia juontaa juurensa latinan sanoista *narratio*, jolla tarkoitetaan kertomusta ja *narrare*, joka kuvaa kertomista. Suomenkielisessä tutkimuksessa käsitteelle ei ole vakiintunut yhtä tiettyä sanaa, mutta esimerkiksi Heikkisen (2010) käyttämä tarinallisuuden käsite on ollut käytössä yleisesti. Narratiivisuus itsessään nähdään usein laajana käsitteenä, jolla viitataan tiedonprosessiin, tietämisen tapaan sekä tiedon luonteeseen, jolloin se on sidoksissa konstruktivistiseen tiedonkäsitykseen. Edellämainittujen lisäksi sillä voidaan viitata myös aineiston analyysitapaan ja tutkimusaineiston luonteen kuvaamiseen. (Heikkinen 2002, 185–186; Hänninen 1999, 16.) Narratiivinen tut-

kimus käsittää näin ollen tutkimuksen, jonka keskiössä ovat kertomukset ja kertomisen merkitykset tiedon rakentumisessa (Heikkinen 2010, 151), mutta se voi keskittyä kertomusten lisäksi koko kerronnalliseen prosessiin (Bold 2012, 17). Narratiivisuus ei siis ole itsessään varsinainen metodi, vaan sitä voidaan pitää väljänä viitekehyksenä, joka hyödyntää tarinan käsitettä (Riessman 2008, 11). Kertomusten ja tutkimuksen suhdetta voidaan tarkastella joko näkökulmasta, jossa kertomukset toimivat tutkimuksen materiaalina tai näkökulmasta, jossa tutkimus ymmärretään tuotettuna kertomuksena maailmasta. (Heikkinen 2010, 143.)

Narratiivisella tutkimuksella nähdään olevan myös painotuseroja. Psykologinen eli konstruktivistinen painotus kiinnittää huomiota tarinaan mielen sisäisenä jäsentäjänä ja sosiaalinen eli konstruktionistinen painotus näkee kertomuksen sosiaalisessa kontekstissa (Hänninen 1999). Sosiaalisen kontekstin keskiössä ovat kuulluksi tuleminen ja ajatus yhdessä kertomisesta. Gubrium ja Holstein (2008) käyttävät kerronnan sosiaalisesta ulottuvuudesta termiä *narratiivinen käytäntö*. Se käsittää tarinan sisällön sekä kerronnan sisäisen järjestämisen, mutta myös kerrontaan liittyvän vuorovaikutuksen. Kaikki eivät kerro tarinoitaan samalla tavoin, vaan kerrontaa muokataan tilanteesta ja yleisöstä riippuen, jolloin muodostuu monimutkainen ja päällekkäinen narratiivinen ympäristö.

Narratiivisen tutkimuksen taustalla vaikuttaa sosiaalinen konstruktionismi (Gergen 2009), jonka mukaan ihminen muodostaa näkemyksensä aiemmin opitun tiedon varaan ja konstruoi sitä alati, jolloin ihmisen tieto ja identiteetti muuttuvat jatkuvasti. Narratiivinen tutkimus voidaan nähdä kertomuksena maailmasta ja sen tapahtumista, minkä vuoksi myös se muuttuu tiedon lisääntyessä (Heikkinen 2010, 156—157.) Konstruktivistisen teorian mukaan esimerkiksi säännöt, tieto ja uskomukset ovat ihmisten luomia rakennelmia, jotka ovat olemassa ainoastaan ihmisten ylläpitäessä ja toistaessa niitä (Siljander 2014). Tämän tutkielman kohdalla mielenterveyden häiriöistä kärsineet henkilöt eivät ole kertoessaan koulumuistoistaan ”tyhjiä tauluja”, vaan heillä on erilaisia kokemuksia, tietoa ja käsityksiä heitä ympäröivästä maailmasta, jotka vaikuttavat heidän ker-

tomuksiinsa ja omaan maailmankuvaansa. Narratiivinen tutkimusote näkyikin lähtökohtaisesti tässä tutkielmassa jo narratiivisessa tiedonkäsityksessä, jonka mukaan tieto on kokemuksellista, subjektiivista sekä persoonallista (Bruner 1986). Narratiiviseen tietämiseen sisältyy ajatus elämän ja kertomuksen tiivistä suhteesta, jolloin se on tapahtumien ajassa etenevää, kertomuksellista hahmotamista, jossa kertomus jäljittelee elämää ja elämä kertomusta. Elämä ja siitä tuotettu kertomus eivät kuitenkaan ole toistensa synonyymeja, sillä elämää tulkitaan ja kerrotaan yhä uudelleen ja uudelleen, ja tulkintaan ja kertomiseen vaikuttavat persoonallisuuden lisäksi kulttuuri sekä tilanne. (Bruner 1987, 11–15, 37.) Ihmiset voivat kokea saman asian tai elämäntilanteen siis hyvin eri tavoin, jolloin kokemismaailma voi olla sisäisesti jopa ristiriidassa todellisuuden kanssa vähentämättä totuudellisuutta henkilölle itselleen (Perttula 1999, 43). Perttulan (1999, 42) mukaan tällaisen, jokaisen yksilöllisen kokemismaailman ymmärtäminen on keskeistä ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa. Todellisuus näyttäytyy erilaisena eri ihmisten näkökulmista, jolloin kysymys on siitä, miten tällaisen henkilökohtaisen kokemuksen voi välittää toiselle, vai voiko sitä ylipäätään välittää (Kulmala 2006, 332).

Narratiivisen tutkimuksen yleisesti käytettyjä keskeisiä käsitteitä ovat *kertomus*, *kerronta*, *tarina* sekä *juoni* (Ukkonen 2006, 192), mutta niiden merkitykset vaihtelevat eri tieteenalojen kesken, eikä käsitteistö ole laajasti vakiintunutta. Esimerkiksi sosiaalitieteiden kentällä tarinan ja kertomuksen käsitteitä ei yleensä erotella, vaan niitä käytetään kontekstisidonnaisesti toistensa väljinä synonyymeinä, kun taas kirjallisuustutkijat näkevät *tarinan* kertomuksen alakäsitteenä, jolloin tarinalla viitataan kertomuksen tapahtumaketjuun eli juoneen (Hyvärinen & Löyttyniemi 2005, 189–192; Heikkinen 2010, 143). *Juoni* taas jäsentää tapahtumat kokonaisuudeksi, joilla on alku, keskikohta ja loppu, sekä ihmisen, joka etenee tarinan kehittyessä toivottuun päämäärään (Hänninen, 2010). Toisaalta myös kertomuksen lopun ja jopa sen alun välttämättömyydestä esiintyy erilaisia mielipiteitä ja yksi kertomuksen tapa onkin jättää tarinan päätös avoimeksi (Hyvärinen & Löyttyniemi 2005, 190). Tutkielmassamme viittaamme Hännisen (2010, 162) kuvaamaan tarinan ominaisuuteen, jossa tarina nähdään ajassa

etenevänä tapahtumaketjuna, ja tapahtumilla tarkoitetaan päähenkilön tekoja tai hänelle tapahtuvia asioita. Kuvaamme tutkittavien omia ja heille koulussa tapahtuneita asioita, jolloin tutkittavien henkilökohtaiset koulukokemukset — *tarinat* — muodostuvat *kertomuksiksi* tutkittavien sanallistaessa ne kirjoitettuun muotoon. Näin ollen erottelemme kertomuksen ja tarinan käsitteen toisistaan, sillä tarinat ovat tutkittavien sisäisiä jäsennyksiä kouluaikaisista tapahtumista, ja kertomukset niitä kirjoituksia, joihin tutkittavat ovat valikoineet *mitä* ja *miten* he kertovat omista koulukokemuksistaan. Tutkielman narratiivinen aineisto koostuu mielen-terveyden häiriöistä kärsivien tai kärsineiden henkilöiden koulukokemuksiin liittyvistä kertomuksista, ja olemme analysoineet aineistoa muodostamalla koke- muksista uusia kertomuksia pyrkimättä kuitenkaan yleistykseen, vaan tapahtu- mien tulkintaan ja ymmärtämiseen.

5.2 Narratiivisen aineiston hankkiminen

Tutkielmamme alkuvaiheessa tarkoituksenamme oli haastatella mielen-terveyden avopalveluita käyttäviä mielen-terveyskuntoutujia heidän koulukokemuksis- taan. Erilaisten tutkimuslupiin sekä tutkittavien rekrytointiin liittyvien haasteiden vuoksi jouduimme kuitenkin luopumaan aikeistamme toteuttaa aineistonkeruu avoimilla, kerronnallisilla haastatteluilla. Kohtaamiemme haasteiden vuoksi teimme kirjoituspyynnön (liite 1) kahdelle internetin keskustelupalstalle sekä kahteen eri mielen-terveyttä käsittelevään Facebook-ryhmään. Päädyimme kir- joituspyyntöön tutkielmamme narratiivisen lähestymistavan vuoksi, mutta alun vastoin- käymisten vuoksi aloimme pohtia aineistonkeruumenetelmäämme myös eettisenä valintana. Aiheen sensitiivisyyden vuoksi ajattelimme anonyyminä kir- joittamisen olevan helpompi tapa tuoda esiin ehkä kipeitäkin koulumuistoja. Ha- lusimme korostaa tutkielmaamme osallistumisen vapaaehtoisuutta ja koimme lopulta suoraan mahdollisille osallistujille itselleen kodistetun kirjoituspyynnön palvelevan tätä tarkoitusta haastattelua paremmin.

Keräsimme tutkielmamme aineistoa kolmen kuukauden ajan loppusyksystä 2018. Saimme kirjoituspyyntöön lopulta yhteensä 11 kertomusta. Yksi vähäiseen kertomusten määrään vaikuttava syy voikin olla se, ettei mielenterveyden ongelmia pidetä sellaisena kertomuksena elämästä, jota halutaan avata tutkimuskäyttöön. Toisaalta mielenterveydenhäiriöihin liittyvät voimattomuuden ja väsymyksen tunteet voivat myös vaikuttaa halukkuuteen kirjoittaa. Julkaisimme kirjoituspyynnön kahdessa eri mielenterveyteen liittyvässä ryhmässä Facebookissa ja Suomi 24:n sekä Vauva.fi:n keskustelualueilla, minkä lisäksi julkaisimme tiedotteen pro gradu -tutkielmastamme Suomen mielenterveysseuran ylläpitämässä tukinetissä. Valitsimme Suomi24:n ja Vauva.fi:n foorumit kirjoituspyynnön julkaisualustoiksi, sillä ne tavoittavat suuren kävijämäärän ja mielenterveydestä keskusteleminen on kyseisillä palstoilla aktiivista. Olimme yhteydessä sekä Facebook-ryhmien perustajiin ja ylläpitäjiin että Suomi24:n, tukinetin ja Vauva.fi:n moderaattoreihin sähköpostitse ja pyysimme heiltä lupaa tiedottaa pro gradu -tutkielman aineistonkeruusta kyseisillä alustoilla. Saimme luvan julkaista kirjoituspyynnön kaikissa Facebook-ryhmissä sekä keskustelufoorumeilla, joihin olimme yhteydessä.

Olimme perehtyneet alkuperäisen ajatuksemme mukaisesti kerronnalliseen haastatteluun, jonka tavoitteena on kerätä tutkimuksen aineistoksi kertomuksia. Kerronnallisessa haastattelussa haastatteliija pyytää kertomuksia antaen tutkittavalle tilaa kertomiselle, ja esittää kysymyksiä niin, että vastausten voidaan olettaa olevan kerronnallisia. (Hyvärinen & Löyttyniemi 2005, 101.) Koska haastattelut jäivät lopulta toteuttamatta, päädyimme tekemään avoimen kirjoituspyynnön kerronnallista haastattelutilannetta mukaillen. Kirjoittamista helpottaaksemme jouduimme kuitenkin tinkimään täysin avoimesta kirjoituspyynnöstä narratiivisen tutkimusotteen vastaisesti niin, että liitimme kirjoituspyynnön oheen muutamia kirjoittamista tukevia teemoja tai kysymyksiä, joihin tutkittavat voisivat vastata halutessaan. Päädyimme lopulta seuraavanlaisiin kysymyksiin:

*Ovatko mielenterveyshäiriöt vaikuttaneet koulusuoriutumiseesi? Miten esimerkiksi mielenterveyshäiriö näkyy arjessa jokapäiväisessä opiskelussasi tai opintojen etenemisessä?

*Miten mielenterveyshäiriöt ovat vaikuttaneet ihmissuhteisiin ikätovereihin tai koulun aikuisiin?

*Oletko pyytänyt apua mielenterveyden ongelmiisi? Jos olet, keneltä ja millaista tukea olet saanut tilanteeseesi? Millainen tuki tai ohjaus palvelisi tarpeitasi parhaiten?

*Miten koulussa on suhtauduttu tai suhtaudutaan mielenterveyshäiriöihin? *Miten suhtaudut tulevaisuuteen?

Rosenthalin (2004, 49) mukaan haastattelun ideaalitalanteessa tutkija ei muistuttaisi tutkimuksensa tarkoituksesta, jotta haastattelun näkökulma tulisi tutkittavalta itseltään. Aineistonkeruumenetelmän ollessa kirjallinen, jouduimme tinkimään tästä ajatuksesta. Olisimme voineet jättää kirjoituspyynnön kokonaan avoimeksi, jolloin olisimme saaneet niitä tutkittaville aidosti merkityksellisiä kokemuksia, mutta koimme kirjoittamista tukevat kysymykset kirjoittajan kannalta helpompina vaihtoehtona ja korostimme kysymyksiin vastaamisen vapaaehtoisuutta. Täten päädyimme käyttämään apunamme teemahaastattelun periaatetta. Se on avointa haastattelua rajoitetumpi aineistonkeruumuoto, mutta sen etuna on haastattelujen helpompi jäsentäminen ennalta mietittyjen teemojen avulla (Escola & Suoranta 2000).

5.3 Tutkimuksen eettisyys

Olemme pyrkineet koko tutkimusprosessimme ajan jatkuvaan eettiseen pohdintaan. Eettinen näkökulma korostuu tutkielmassamme, sillä tutkimusaihettamme voidaan pitää sensitiivisenä sekä tutkimusaiheen että tutkimushenkilöiden vuoksi. Sensitiiviselle tutkimusaiheelle tyypillistä ovat tutkittavien mahdollinen haavoittuvuus tai esimerkiksi voimattomuus ja kyvyttömyys omien oikeuksien puolustamiseen elämäntilanteen tai sairauden vuoksi (Flinck & Paavilainen 2009; Aho & Kylmä 2012; Hämäläinen ym. 2014). Toisaalta tutkimusaihetta voidaan pitää sensitiivisenä myös silloin, kun tutkittavat joutuvat käsittelemään voimakkaita tai ahdistavia tunteita, tai silloin, kun haastattelutilanne aiheuttaa näitä tunteita osallistujille (Aho & Kylmä 2012). Tutkielmamme kohdalla sensitiiv-

visyys korostuu tutkimusaiheen vuoksi, mutta myös siitä syystä, että negatiivisten koulumuistojen kertaaminen saattaa tuoda ahdistuksen, vihan tai pelon tunteita haastateltaville.

Kerronnallisen tutkimuksen eettisenä ulottuvuutena voidaan pitää sitä, että sen koetaan antavan tutkimushenkilöille ”äänen”, eli oman tavan antaa tutkittaville asioille merkityksiä. Kiinnostus tutkittavien merkityksellisiin kokemuksiin avaa myös mahdollisuuden tutkimushenkilöiden oman elämän reflektointiin. Toisaalta oman äänen esiintuomista voidaan pitää suhteellisenä, sillä analysoidessaan tutkija valikoi ja pelkistää aineistoa omista lähtökohdistaan. Eettisen haasteen asettaa myös tutkijan vastuu analysoida ja raportoida tuloksista niin, etteivät tutkittavat koe tulleen hyväksikäytetyiksi tai väärinymmärretyiksi. (Hänninen 2010, 34.) Kerronnan voimaannuttavan ja elämää jäsentävän ulottuvuuden lisäksi se voi kuitenkin pahimmillaan riistää kertomisen autenttisuuden kaventamalla elämää jonkinlaiseksi mallikertomukseksi vaatimalla kiinnostavuutta, kokemuksellisuutta ja ”totuudellisuutta” (Riessman 2008, 2). Olemme kantaneet huolta kertomuksen kaventumisesta oman aineistonkeruumenetelmämme vuoksi, sillä kerrotun ja kuunnellun sijaan aineistomme on kirjoitettua ja luettua. Koska aineisto koostuu kirjoituksista, olemme pohtineet kykyämme kuunnella ja lukea tutkittavien kokemuksiin liittyviä merkityksiä. Näemme kuitenkin, että kaksi tutkijaa, eli kaksi erilaista tulkintaa ovat erityinen rikkaus juuri aineistoon liittyvien merkitysten tulkinnessa, sillä olemme voineet täydentää toistemme tulkintoja ja siten rikastaa niistä muodostamiamme tarinoita. Olemmekin pyrkineet valottamaan kerrottuja tarinoita erityisellä herkkyydellä, vaikka tiedostammekin sen seikan, että tulkitessamme näitä koulukokemuksiin liittyviä kertomuksia, taustalla vaikuttavat aina omat kokemusmaailmamme.

Perehdyimme tutkimusprosessin eri vaiheissa oman tutkimusalamme eettisiin periaatteisiin ja tarkastelimme tutkittavien itsemääräämisoikeuden kunnioittamista, vahingoittamisen välttämistä ja yksityisyyttä sekä tietosuojaa (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2019). Tutkielmaan osallistuminen oli täysin vapaaehtoista ja se perustui riittävään informaatioon tutkielmamme luonteesta ja

sen tarkoituksesta. Pyrimme laatimaan kirjoituspyynnön (liite 1) niin, että kaikki siinä mainitut käsitteet olivat ymmärrettäviä. Kirjoituspyynnön avulla tutkimushenkilöiden kirjoitelmissa käytetyt teemat valikoituivat tutkittavien omista lähtökohdista, eikä tutkielmassa käsitellä näin ollen sellaisia asioita, joita tutkittavat eivät ole itse tuoneet esiin. Halusimme korostaa tutkielmaan osallistumisen vapaaehtoisuutta, minkä lisäksi kirjoituspyynnön avulla vältimme institutionaaliset tutkimuslupiin liittyvät käytännöt, jotka olisivat pahimmillaan toimineet meidän ja kertojien välillä. Tutkittavien anonymiteetin suojaamiseksi käytimme tutkielmasamme koodattuja sitaattitunnisteita, ja koodaamisen jälkeen siirsimme anonymisoidut kertomukset salasanalla suojattuun tiedostoon.

Tutkimuksen mahdolliset haitat tutkittaville voivat olla psyykkisiä, kuten ahdistuneisuuden tunteet kirjoitusprosessin aikana tai sen jälkeen erityisesti niissä tapauksissa, joissa muistot koulusta ovat kielteisiä tai negatiivisia. Koska tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja informoimme tutkittavia etukäteen, oletamme, että ne henkilöt, joille koulumuistoista kirjoittaminen on erityisen vaikeaa, eivät osallistuneet tutkimukseen. Pyrimme kuitenkin välttämään mahdollisia psyykkisiä haittoja tutkittavien arvostavalla kohtelulla sekä aineiston keruussa että tutkimuksen raportoinnissa. Tärkein etiikkaan liittyvä tavoitteemme olikin tutkimusprosessimme aikana se, ettei nuorelle tai instituutioille, joissa nuori toimii, aiheudu tutkimuksesta minkäänlaista haittaa tai mielipahaa. Yhtenä narratiivisen tutkimuksen tarkoituksena voidaan nähdä tutkittavien henkilöiden elämänolojen parantamisen (Hatch & Wisniewski 1995), mikä konkretisoitui meillä erään tutkittavan päättäessä kertomuksensa sanoihin ”*Kiitos kun sain kertoa*”. Nämä meidät herkistäneet sanat muodostivatkin kokemuksen siitä, mitä tutkimuksen tekeminen voi parhaimmillaan olla.

Tutkittavien anonymiteetin suojaamiseksi poistimme aineistostamme tunnistettavuuteen liittyvät sanat ja erisnimet. Emme kokeneet sukupuolta merkittäväksi tutkielmamme kannalta, minkä vuoksi emme ole huomioineet tätä lainauksissamme. Analysoinnin helpottamiseksi koodasimme kuitenkin kertomukset kirjain- ja numeroyhdistelmillä sattumanvaraisessa järjestyksessä, ja lainauksissa

esiintyvä kirjain ”T” on johdettu sanasta ”tutkittava” (esimerkiksi T1, T2, T3 ja niin edelleen).

5.4 Narratiivien analyysi ja narratiivinen analyysi

Laadulliselle tutkimusprosessille ominaista on, että aineiston kerääminen, käsittely ja analyysi kietoutuvat tutkimusprosessin edetessä yhteen. Kun tieto ja aineistonkeruu karttuvat, myös analyysi ja aineiston tulkinta etenevät vähitellen selkeyttäen ja tiivistäen aineistoa kadottamatta kuitenkaan aineiston sisältämää informaatiota. (Eskola & Suoranta 2000, 137.) Narratiivisessa tutkimuksessa aineisto nähdään erilaisina kertomuksina, jotka antavat vastauksia *mitä* ja *miten* kysymyksiin ja toimivat tutkimuksen lähtökohtana sekä sen lopputuloksena (Heikkinen 2010, 143).

Olimme molemmat hyödyntäneet omissa kandidaatintutkielmissamme narratiivisen aineiston yhtenä analyysitapana *laadullista sisällönanalyysiä* eli eräänlaista monikäyttöistä perusanalyysimenetelmää. Tämän vuoksi käytimme sisällönanalyysistä tuttuja työtapoja narratiivien analyysin tukena. Yksittäisen aineiston analyysimenetelmän lisäksi laadullista sisällönanalyysiä voidaan pitää myös väljänä viitekehyksenä erilaisille analyysikokonaisuuksille, jolloin narratiiviset analyysitavat pohjaavat joiltakin osin laadulliseen sisällönanalyysiin (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91–92). Sisällönanalyysi perustuu aineiston järjestämiseen, jossa tulkinnan ja päättelyn kautta edetään kohti käsitteellisempää näkemystä (em. 112). Tällaista tulkintaa ja päättelyä voidaan hahmottaa kolmen erilaisen vaiheen kautta, joita ovat pelkistäminen, ryhmittely sekä abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen (Miles & Huberman 1994, 10–12). Kategorisointia eli ryhmittelyä voidaan pitää kriittisenä vaiheena, sillä tutkija ryhmittelee ilmaisuja omien tulkintojensa mukaan (Tuomi & Sarajärvi 2009, 101). Jaoimme ensin aineiston mielenterveyshäiriöiden vaikutusten näkökulmasta. Kategorisoimme ilmaisuja sen mukaan, miten mielenterveyshäiriöt ovat vaikuttaneet nuoren *sosiaalisiin suhteisiin, koulunkäyntiin, koulumenestykseen ja odotuksiin tulevaisuu-*

desta. Muodostimme lisäksi ryhmät nuoren saama tuki ja mielenterveystyö kouluissa.

Tutkielman kerronnallisen luonteen vuoksi narratiivisen analyysin käyttäminen laadullisen sisällönanalyysin ohella tuntui luontevalta valinnalta. Yksi yleisesti käytetty tapa on jakaa narratiivinen analyysi narratiivien ja narratiiviseen analyysiin (Polkinghorne 1995), jota olemme hyödyntäneet myös omassa analyysissämme. Narratiivisessa analyysissä kertomuksia käsitellään kokonaisuuksina, ja narratiivisessa aineistossa kertomuksista muodostetaan uusia, pienempiä kertomuksia (Hänninen 2010, 165). Narratiivista aineistoa voidaan analysoida myös luokittelemalla aineistoa temaattisesti (Polkinghorne 1995, 5–6), jolloin aineistosta voidaan etsiä toistuvia tai tyypillisiä piirteitä. Temaattisen analyysin pääpaino on tekstin sisällössä eli siinä, *mitä* tekstissä kerrotaan (Riessman 2008, 54). Teimme tällaista temaattista jaottelua teemoittelemalla aineistoa sen sisällön pohjalta ja luomalla jokaisesta kertomuksesta käsitekarttaa näiden teemojen mukaisesti.

Analyysimme toinen osa noudattaa perinteistä narratiivista analyysiä, joissa kertomuksista on muodostettu uusia tyyppikertomuksia. Olemme eritelleet kertomuksista erilaisia selviytymisen polkuja, jotka eroavat toisistaan selviytymiskeinojen käytössä ja mielenterveyshäiriöiden vaikutuksissa elämään. Yksityiskohdan sijaan olemme keskittyneet kertomusten tarinalliseen sisältöön ja kiinnittäneet erityistä huomiota nuorten lähiympäristön ja koulun sosiaaliseen ulottuvuuteen. Muodostamamme tyyppikertomukset eivät ole kenenkään yksittäisen nuoren tarinoita, vaan kaikissa aineistomme kertomuksissa voi olla piirteitä jokaisesta luomastamme tyyppikertomuksesta, jolloin kertomukset sisältävät yleistyksiä, valikointia ja tulkintoja. Selviytymispolku sanana kuvaa nuorten kulkemaa matkaa heidän kouluvuosinaan; se sisältää sekä nuorten omia että muiden valintoja, jotka ovat vaikuttaneet siihen, millaiseksi polku on muodostunut.

Tyyppitarinoiden muodostamisen avuksi tutustuimme useisiin erilaisiin narratiivisen analyysin malleihin, ja päädyimme käyttämään tukenamme Labovin ja

Waletzky (1967) kehittämää kertomusten rakenneanalyysiä, jossa aineistosta muodostetaan ydinkertomuksia esittämällä sille kysymyksiä: Mitä kertomuksissa tapahtuu, miten tapahtumiin reagoidaan ja mitä päätelmiä tapahtumista tehdään. Aineistosta luodut ydinkertomukset keskittyvät tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden kertomuksissa kuvailtujen selviytymiskeinojen tulkintaan. Loimme näistä kuvatuista selviytymiskeinoista kertomuksia yhdistäviä tarinoita, selviytymispolkuja, joiden juoni vaihteli kertojan ja koettujen koulukokemusten myötä. Päädyimme lopulta kolmeen erilaiseen selviytymispolkuun, ja nimesimme ne käytettyjen selviytymiskeinojen pohjalta *taistelijoiksi*, *sopeutujiksi* ja *yksin jätetyiksi*.

6 Mielenterveyshäiriöt nuoren elämässä

6.1 Vaikutukset sosiaalisiin suhteisiin

Mielenterveyshäiriöt vaikuttivat tutkittavien kertomuksissa merkittävimmin sosiaalisiin suhteisiin. Kertomuksissa korostuivat perheen, vertaisten ja kouluhenkilökunnan merkitys mielenterveyden kehitykseen joko positiivisesti tai negatiivisesti, minkä lisäksi tutkittavat käsittelivät mielenterveyden häiriöiden vaikutusta tutkittavien sosiaalisiin suhteisiin. Kertomuksissa esiintyneitä sosiaalisia suhteita olivat perheen ja ystävien lisäksi koulun henkilökunta ja muut hoitavat tahot. Sosiaalisiin suhteisiin viittaavia indikaattoreita olivat muun muassa *yksinäisyys*, *huonot välit vanhempien kanssa*, *kaverisuhteiden kariutuminen* tai *eristäytyminen*. Vahva sosiaalinen tukiverkosto, hyvät suhteet ystäviin ja kavereihin sekä muut positiiviset kokemukset sosiaalisista suhteista vaikuttivat tutkittavien mielenterveyteen positiivisesti. Negatiiviset kokemukset vertaisryhmissä ja välien katkaiseminen vaikuttivat taas mielenterveyttä heikentävästi, ja viittasi ilmapii-riin, jossa mielenterveyshäiriötä ja siihen liittyvien oireiden vakavuutta ei ymmärretä tai haluta ymmärtää.

Mielenterveyden häiriöistä johtuvien ahdistuneisuuden, sisäänpäinkääntyneisyyden tai väsymyksen nähtiin vaikeuttavan vuorovaikutusta niin, että uusien ystävyysuhteiden solmiminen oli vaikeaa. Sairaudesta johtuva ahdistus ja sosiaalisten tilanteiden pelko aiheuttivat itsessään kyvyttömyyttä muodostaa vuorovaikutussuhteita toisten kanssa, minkä lisäksi tutkittavien psyykkinen oireilu vaikutti vertaisiin niin, että ystävyysuhteiden muodostaminen oli vaikeaa. Osa tutkittavista ei halunnut lainkaan hakeutua muiden seuraan, vaan oli mielummin yksin. Osa taas koki kaipuuta vertaisiaan kohtaan, ja olisi mahdollisesti halunnut solmia enemmän uusia ystävyysuhteita. Sosiaalisten suhteiden puutteeseen liitetyt yksinäisyyden kokemukset korostuivat etenkin siirtymissä koulutusasteiden välillä, jolloin ryhmäytyminen uudessa koulussa jäi heikoksi ja tutkittavat kertoivat kokeneensa itsensä ulkopuoliseksi. Siirtymävaihe koettiin lisäksi stres-

saavana uuden fyysisen opiskeluympäristön ja toimintatapojen sekä ystävien hajaantumisen vuoksi.

Olimme kaikki uuden edessä. [...] Minusta tuli ahdistunut, kriittinen, välttelin opiskelukavereitani, otin kaiken hyvin vahvasti itseeni, olin ulkopuolella. [...] Selviytymiskeinoni oli eristäytyminen. -T4.

Lukiossa minulla ei ollut ketään tuttuja, ja olinkin koko ajan siellä yksin. -T6.

Lukiossa huomasin olevani sosiaalisissa taidoissa jäljessä ja uskoin sen johtuvan ahdistuksesta. Muut linkittyivät ryhmiksi muutamassa viikossa ja jäin ulkopuolelle. Yläkoulussa halusin olla yksin, mutta lukiossa ensimmäistä kertaa aloin etsiä kavereita. -T5.

Mielenterveyshäiriöihin liittyvä psyykkinen oireilu vaikutti tutkittavien käyttäytymiseen joko suoraan tai epäsuorasti. Mielenterveyshäiriöihin liittyvä oireilu näkyi koulussa voimakkaina mielialan vaihteluina, levottomuutena, äkkipikaisuutena, pakko-oireina, välttelynä ja vetäytymisenä. Edellä mainittujen oireiden ja muutuneen käyttäytymisen vuoksi osa tutkittavien ystävistä vetäytyi tai lopetti yhteydenpidon kokonaan. Koska tutkittavat eivät halunneet kertoa oireilustaan tai sairaudestaan, ystävät eivät myöskään osanneet tai halunneet suhtautua muuttuneeseen käytökseen jatkamalla ystävyyttä. Niissä tilanteissa, joissa tutkittava oli puhunut sairaudestaan ystävilleen ja nämä olivat etääntyneet tutkittavasta, oli tietoon sairaudesta reagoitu vähätellen, sairautta ja sen oireita ei oltu ymmärretty tai siihen ei oltu reagoitu mitenkään. Toisaalta muutamat kertoivat ottaneensa itse tietoisesti etäisyyttä omiin ystäviinsä joko oman mielenterveyden vuoksi tai esimerkiksi leimautumisen ja sairauden paljastumisen pelossa. Tutkittavat saattoivat pelätä myös muiden vieroksumista ja kiusatuksi tulemistä, minkä lisäksi ystävyys-suhteet koettiin raskaina ja väsymys ja ahdistus etäännytti heitä entisestään. Kertomuksissa kuitenkin korostettiin, että yksikin hyvä ystävyys-suhte riitti positiivisiin kokemuksiin sairauden keskellä. Hyvä ystävä tuki sairauden keskellä, oli avulias ja ymmärsi esimerkiksi sairauteen liittyvää väsymystä ja sitä, ettei tutkittava aina jaksanut ylläpitää sosiaalisia suhteita vaikka olisikin niin

halunnut. Tällainen ystävyys nähtiin suurimpana yksittäisenä voimavarana perheen sosiaalisen tuen lisäksi. Voimaannuttava ystävä ja tuki saattoi löytyä esimerkiksi vertaistukea tarjoavista ryhmistä, jolloin mielenterveyshäiriöistä ja oireilusta oli helpompi puhua ja saada myös tarpeen mukaista sosiaalista tukea.

Mielenterveyden häiriöiden vaikutus sosiaalisiin suhteisiin näkyi tutkittavien elämässä myös harrastamisessa. Harrastukset mainittiin kuitenkin ainoastaan kahdessa kertomuksessa, sillä useimmilla ei ollut masennuksesta johtuvan voimakkaan väsymyksen vuoksi voimia harrastaa koulun ohella, tai harrastamista ei pidetty tärkeänä. Harrastamisen nähtiin vievän voimavaroja ja vapaa-aikaa, jolloin ystävyyssuhteiden ylläpitämiselle ei jäänyt tarpeeksi aikaa. Toisaalta harrastuksilla oli tutkittavien elämään positiivisia vaikutuksia, sillä se saattoi olla nuoren ainoa kontakti muihin ihmisiin. Harrastuksen kautta nuorella oli mahdollisuus sosiaalisiin kontakteihin vertaistensa kanssa ja harrastusten lopettaminen esimerkiksi masennukseen liittyvän väsymyksen vuoksi kavensi ystäväpiiriä ja vuorovaikutusta toisten kanssa.

[...] En juuri nähnyt kavereita vapaa-ajalla, sillä vietin sen harrastuksissa tai opiskellessa. Tipahdin näinä aikoina siis sosiaalisista piireistä.
-T3.

Jaksoin jatkaa harrastustani, mutta muuten lähes erakoiduin -T2

Puolet tutkimushenkilöistä kertoi kokeneensa kiusaamista omissa koulukokemuksissaan. Sekä psyykkistä että fyysistä kiusaamista esiintyi kaikilla koulutustasteilla. Kertomuksissa kuvailtu henkinen kiusaaminen oli *ilmeilyä, eristämistä ja välttelyä*, ja fyysistä kiusaamista kuvattiin *lyömisenä, potkimisena ja pieksemisenä*. Sillä, oireiliko nuori psyykkisesti ulos- vai sisäänpäin, ei ollut vaikutusta kiusaamisen uhriksi joutumiselle, vaan tutkittavia kiusattiin näiden oireista riippumatta.

Jouduin kiusatuksi, ja mitä enemmän minua ärsytettiin, sen alhaisemmaksi ärsytyksynnys laski. Lopulta eräiden luokkakaverien pelkkä eleh-

timinen sai minut kiukun valtaan. Kerran kaadoin tällaisen ilveilijän kesken oppitunnin luokan lattialle tuoleineen. -T2

Muut ihmiset alkoivat hyljeksiä minua. Tämä näkyi mm. hajurakoina ja ilmehdintänä silloin, jos joutuivat parikseni tunnilla. -T6

Kiusaamisella oli vakavia mielenterveyttä heikentäviä seuraksia, mikä konkreettisesti kertomuksissa vakavana masennuksena, syrjäytymisenä ja yksinäisyytenä sekä näihin liittyvinä ongelmina koulun ja kodin sosiaalisissa suhteissa, minä lisäksi eräässä kertomuksessa pitkään jatkunut kiusaaminen aiheutti sen, että kiusattu alkoi puolustautumaan kiusaamiseen väkivallalla. Kiusaamisesta ja kiusatuksi tulemisen pelosta johtuen osa tutkittavista kertoikin välttelevänsä sosiaalisia tilanteita tai uusiin ihmisiin tutustumista.

Ystävyyssuhteiden lisäksi perhe oli merkittävässä roolissa tutkittavien kertomuksissa. Perhe koettiin niin hyvässä kuin pahassa; Negatiiviset perheolosuhteet ja traumaattiset kokemukset vaikuttivat mielenterveyshäiriön syntyyn ja mielenterveytteen sitä heikentäen, kun positiiviset ja tiiviit suhteet perheessä edistivät mielenterveyttä ja kuntoutumista. Vanhempien tuen puute ja perheen sisäiset ongelmat, kuten henkinen ja fyysinen väkivalta, vaikuttivat mielenterveyteen ja nuoreen kokonaisvaltaisesti. Monet tutkittavista kertoivat traumaattisten perheolosuhteiden vaikutuksesta mielenterveyshäiriöiden ja psyykkisen oireilun syntyyn ja sen vakavuuteen. Psyykkinen oireilu oli myös tavallisempaa silloin, kun suhteet perheenjäseniin olivat huonot.

Arkuudesta johtuva vetäytyminen ja hiljaisuus oli nähtävissä jo heti vauvaiässä, ja vain vahvistui negatiivisten kokemusten myötä. Vanhemmillani ei ollut tarvittavia taitoja minunlaiseni lapsen ymmärtämiseen ja tukemiseen, vaan he puhuivatkin minusta ”vaikeana” ja usein reagoivat ahdinkooni hyökkäävästi, torjumalla ja epätoivolla. Isäni oli aina hyvin etäinen, ja työnsä vuoksi lähes koko ajan poissa kotoa. Perhesuhteeni olivat varsin rikkiäiset, teini-iässä riitely äidin kanssa oli päivittäistä. Jo lapsuudesta asti riitelystä vanhempieni kanssa sisältyi väkivaltaa, tukistamista, kuristamista, lyömistä ja myös henkisellä tasolla uhkailua -T6.

Toisaalta jako negatiivisiin ja positiivisiin suhteisiin ei ollut mustavalkoinen, vaan perhe saatettiin nähdä voimavarana siitä huolimatta, että lapsuus oli ollut traumaattinen. Erityisen merkitseväksi tekijäksi näytti muodostuvan suhde äitiin: Äidin oma oireilu ja henkinen hyvinvointi heijastuivat kertomuksissa myös tutkittavien mielenterveyteen. Vaikka suhde äitiin oli riitaisa ja kylmä, äiti näytti olevan se, joka tiesi nuoren tilanteen parhaiten ja yritti auttaa omien kykyjensä mukaan. Toisaalta kertomuksissa, joissa suhde äitiin oli etäinen, äidin tarjoamaa apua olisi kaivattu enemmän, ja äidin antama tuki oli usein tilanteen hiljaista hyväksymistä.

Onneksi äiti ymmärsi aina kun toin poissaolovihon täytettäväksi miksi olin pois koulusta. Kerroin, mitä koululaiset sanoivat minulle. Äiti hiljentyi eikä vastannut mihinkään. -T10

Äitini allekirjoitteli poissaoloselvitykseni, eikä asiaan suoranaisesti puuttunut kuin yhden kerran, ja silloinkin hyvin ponnettomasti. -T2.

Tiiviit perhesuhteet koettiin voimavarana, jonka avulla nuori selviytyi esimerkiksi kouluympäristössä tapahtuvasta kiusaamisesta. Vanhemmat ja sisarukset saattoivat olla ainoa taho, joka piti nuoren puolia koulukiusaamisen suhteen tai hoitoon hakeutumisessa. Perheen vahva sosiaalinen tuki oli lisäksi yhteydessä hyvään koulusuoriutumiseen, sillä kannustavassa ja turvallisessa ympäristössä myös koulunkäyntiä tuettiin nuoren tarpeita vaativalla tavalla.

Kaksoissisareni ansiosta pystyin käydä lukion loppuun. [...] Kotona tarvitsin tukea opiskeluun orientoitumiseen, ja tein usein läksyjä ja kokeisiinlukemisia yhteisissä tiloissa ja keskustelin perheeni kanssa aiheista. [...] Lukioajan esseistä ja tutkielmistani ei olisi tullut mitään ilman isäni apua. -T3

Sillä, olivatko perhesuhteet negatiivisia vai positiivisia, oli yhteys myös yksinäisyyden ja eristäytymisen kokemuksiin. Osa tutkittavista vaihtoi paikkakuntaa ratkaistakseen perheeseen liittyviä ongelmiaan, mikä vaikutti myös muihin sosiaalisiin suhteisiin. Uusi, vieras ympäristö näytti lisäävän syrjäytymistä ja eristäy-

tymistä, mutta toisaalta tarkoitti myös mahdollisuutta mielenterveyden edistämiseen, uusien ja terveiden suhteiden luomiseen sekä vertauskuvallisesti puhtaalta pöydältä aloittamiseen. Ne tutkittavat, joilla oli lapsuudessa ja nuoruudessa heikko sosiaalinen turvaverkosto, olisivat toivoneet läheisempiä suhteita perheisiinsä, mutta osa heistä oli luonut uusia, turvallisia suhteita myöhemmin elämässään, mikä kompensoi nuoruuden negatiivisia kokemuksia.

Minulle riittää läheinen suhde aviomieheeni, ainakin toistaiseksi. Huonoja perhesuhteitani suren, enkä usko pääseväni siitä asiasta koskaan täysin yli.

-T6

Lähes kaikissa kirjoitelmissa käsiteltiin mielenterveyshäiriöistä tai psyykkisestä oireilusta kertomisen vaikeutta ja häiriöiden aiheuttamaa leimaa. Häiriöistä puhumista pidettiin vaikeana, sillä tutkittavat kokivat, etteivät heidän oireisiinsa suhtauduttu vakavasti tai mikäli heille tarjottiin apua, siitä ei ollut hyötyä. He kokivat kertomisen vaikeaksi myös sen vuoksi, ettei mielenterveyshäiriöistä tai psyykkisestä oireilusta puhuttu avoimesti ja pelkäsivät opettajien ja ystävien asenteiden muuttumista sekä kiusaamista. Toisaalta muiden reaktioiden ja sosiaalisiin suhteisiin liittyvän pelon lisäksi osa tutkittavista koki mielenterveyshäiriöiden vuoksi alemmuudentunnetta ja häpesi omaa oireiluaan. Mielenterveyshäiriöistä kertomisen sijaan lähes kaikki tutkittavista salasivatkin oman sairautensa pitämällä yllä kulissia, joka oli kertomuksissa tyypillinen selviytymiskeino koulumaailmassa. Kulissien avulla tutkittavat pyrkivät vaikuttamaan muiden mielikuviin itsestään piilottamalla omat heikkoutensa ja sairautensa sekä ylläpitämällä hyvän ja iloisen oppilaan mainetta.

Jäin paljon yksin vaikean masennuksen aikoina. Minulla oli muutama ystävä, mutta eivät he paljon kuunnellut minua vaikeina aikoina. Muutama kaveri jopa katkaisi välit kanssani, koska olin liian masentunut ja negatiivinen. Ne vei minua enemmän kuilun pohjalle. -T9.

Luokkalaisten mielestä pitäisi olla positiivisempi asenne, mutta sitä on vaikea ylläpitää -T7.

Ikätovereille ja muillekin ihmisille minun on ollut vaikea myöntää ja puhua minun mielenterveysongelmistani. Syy on varmaan siinä, että minut on aina nähty ja koettu kauhean iloisena ja hauskana tyyppinä, ja jos kertoisin millaisten ”mörköjen” kanssa painin, paljastaisin omat heikkouteni. Tästä syystä olen ehkä jonkin verran etäännytynyt kavereideni kanssa enkä nauti enää niiden kanssa olemisesta niin paljon. -T8.

Kulissin onnistunut ylläpitäminen nähtiin pääosin positiivisena asiana, vaikka se toisaalta heikensi mahdollisen avun ja tuen saantia, sillä muiden oli salailun vuoksi vaikea huomata psyykkistä oireilua. Lisäksi kulissin ylläpitäminen koettiin raskaana ja vievän voimia, mikä taas etäännytti tutkittavia omista ystävyssuhteistaan. Vaikka sosiaalisia suhteita olisi haluttu pitää yllä ja osa tutkimukseen osallistuneista kertoi halunneensa enemmän ystäviä, tärkeämmäksi näytti kuitenkin osoittautuvan hyvän oppilaan maineen ja kulissin ylläpitäminen mielen-terveyshäiriöihin liittyvän stigman vuoksi. Tällaisen kulissin ylläpitäminen nähtiin erityisen tärkeänä silloin, kun yleinen suhtautuminen mielenterveyshäiriöihin koettiin negatiivisena ja salailevana. Mielenterveyshäiriöiden suhteen sulkeutuneessa ilmapiirissä oireilusta ei haluttu puhua, minkä lisäksi tällaisessa ympäristössä olleet tutkittavat häpesivät oireiluaan ja pitivät itseään huonompina muita useammin; Psykkisistä ongelmista kertomisen nähtiin vaikeuttavan läheisten elämää ja asemaa yhteiskunnassa ja mielenterveyden häiriöistä syyllistettiin itseään sen sijaan, että se olisi nähty omasta toiminnasta riippumattomana sairautena.

Mielenterveysongelmien takia olen kokenut huonommuuden ja arvottomuuden tunteita ja koen että olen aivan älyttömän huono kaikessa. Olen aika kauan haaveillut lääkiksestä, mutta nämä mt-ongelmat ovat jarruttaneet uskoani siihen, että pystyisin opiskeluihin. -T8

Toki omalla kohdallani en halunnutkaan ongelmieni tulevan tietoon, koska asuin pienellä paikkakunnalla ja vanhempani olivat hieman tunnettuja. Eri-tyisesti isäni ammatin puolesta koin, että olisi ollut katastrofi jos tilanteeni olisi selvinnyt. En kuitenkaan kokenut mitään tarvetta piilotella oloani, koska se ei muutenkaan näkynyt ulospäin. -T3

Ympäristöissä, joissa mielenteveyshäiriöistä keskusteltiin avoimesti, ei kulissin ylläpitämistä koettu yhtä merkityksellisenä. Ne tutkittavat, jotka kokivat voivansa puhua avoimesti sairaudestaan, eivät yrittäneet peitellä siihen liittyvää oireiluaan. Toisaalta kulissista voitiin myös luopua, kun esimerkiksi paikkakunnan tai opiskelupaikan vaihdon yhteydessä myös ilmapiiri koettiin vapaammaksi. Keskusteluille avoimet ympäristöt; avoin ilmapiiri, muiden tuki ja ymmärrys helpottivat oman tilanteen ja ongelmien jakamista. Tällaisiksi ympäristöiksi kertomuksissa koettiin erilaiset tukiryhmät, kriisipuhelin, aihetta käsittelevät oppitunnit ja vertaistuki. Avoimen ilmapiirin muodostamisessa opettajan rooli korostui, ja toisen asteen oppilaitoksia pidettiin yleisesti peruskoulua avoimempina ympäristöinä.

Olen vasta nyt, vuosikymmeniä myöhemmin tajunnut, että kulissien ylläpito on käynyt raskaaksi, niin rahakukkarolle kuin psyykkeellenikin. [...] Nyt uudessa vieraassa kaupungissa ei tarvinnut enää pitää kulisseeja ylhäällä, vaan sai "luvan" romahtaa. -T4

Mielenterveyshäiriöt ovat olleet yleisesti melko tabumaisia tai vitsin aiheita, mutta nykyään niistä puhutaan onneksi enemmän ja tuodaan lähemmäs arkea ja ihmisten tietoisuutta. -T11

Mielenterveyshäiriöt vaikuttivat nuoren sosiaalisiin suhteisiin merkittävästi. Nuoren lähiympäristön asenteet ja ilmapiiri vaikuttivat siihen, miten nuorten vertaisryhmissä ja muissa sosiaalisissa vuorovaikutustilanteissa suhtauduttiin psyykkiseen oireiluun. Tutkittavat eivät puhuneet omasta oireilustaan, vaan ylläpitivät mielummin erilaisia kulisseeja salatakseen mielenterveyshäiriönsä. Mielenterveyshäiriöstä kärsineet nuoret kokivat lisäksi, etteivät vertaiset tai koulun henkilökunta ymmärtäneet häiriöihin liittyvää oireilua, vaan useimmat ystävistä etääntyivät psyykkisesti oireilevista nuorista, minkä vuoksi ystävyssuhteet päättyivät. Toisaalta mielenterveyden häiriöt vaikuttivat tutkittaviin myös niin, etteivät nämä jaksaneet pitää samalla tapaa yhteyttä ystäviinsä sairastumisen jälkeen, minkä vuoksi he kokivat yksinäisyyttä ja eristäytyivät muista.

6.2 Vaikutukset koulunkäyntiin

Mielenterveyshäiriöt vaikuttivat tutkittavien kertomuksissa sekä fyysiseen koulunkäyntiin että koulumenestykseen. Fyysisen koulunkäynnin haasteet tulivat esiin läsnäoloissa, esiintymisissä ja muissa sosiaalisissa tilanteissa. Kertomusten mukaan monet nuoret kärsivät sosiaaliin tilanteisiin liittyvästä ahdistuksesta ja peloista, jolloin esimerkiksi kouluruokailut koettiin erityisen ahdistavina.

En suostunut 7. luokan jälkeen pitämään esityksiä koko luokan edessä, vaan pelkälle opettajalle. [...] Kouluruokailu oli pahin hetki, koska olin aina vähällä saada paniikkikohtauksen jonossa. -T5

Monesti saatoin poistua luokasta vessaan itkun takia. Saatoin olla siellä useamman minuutinkin. En hirveästi syönyt, joten vatsaani sattui sen takia usein. [...] [Toisen asteen opinnoissa] olin vain neljä päivää ja sen jälkeen olin ainakin kuukauden pois sosiaalisten tilanteiden pelon takia. -T9

Kertomuksissa käsiteltiin useimmiten fyysiseen koulunkäyntiin liittyviä haasteita, ja mielenterveyden häiriöt olivat yhteydessä runsaasiin koulupoissaoloihin ja sitä kautta myös toisen- ja kolmannen asteen opintojen keskeyttämiseen. Suurimman haasteen aiheutti tyypillisesti psyykkiseen oireiluun liittyvä voimakas väsymys, joka näkyi erityisesti koulutehtävien aloittamisessa ja suorittamisessa. Massenuksesta kärsineet henkilöt kokivat koulun ja koulussa työskentelyn erityisen kuormittavana. Nuoret eivät kyenneet tekemään läksyjä, lukemaan kokeisiin tai heräämään ajoissa kouluun. Myös koulutehtävien suorittamiseen käytettiin ennistä vähemmän aikaa.

Aloin lintsata seitsemännellä luokalla ja sitä jatkui yhdeksännen luokan maalis- tai huhtikuuhun asti. Olin yksinkertaisesti liian väsynyt mennäkseni kouluun. Varsin tavallista oli myös se, että väsyin kesken koulupäivän ja lähdin luvatta kotiin. [...] Peruskoulun jälkeen aloitin lukion, ja kävin sitä muutaman viikon. Sitten en vain enää saanut lähdettyä aamuisin

kouluun. Ensimmäisen periodin päättyessä kävin lyhyen keskustelun rehtorin kanssa ja toimitin oppilaitokseeni äitini allekirjoittaman lapun, jossa todettiin, että eroan koulusta. [...] Seuraavana syksynä kävi samoin: Aloitin lukion, kävin muutaman viikon ja lopetin. -T2.

Ongelmia aiheutti se, että en vaikean masennukseni vuoksi jaksanut avatakaan kirjoja, vaanmenin kokeeseen arvaillen läpäisemään kurssit rimaa hipoen. Alisuoriutumiseni ja itseeni kohdistamieni vaatimusten välinen ristiriita heikensi psyykkistä vointiani sekä itsetuntoani. -T1

Poissaoloilla oli muutamia poikkeuksia lukuunottamatta vaikutuksia nuorten koulumenestykseen, ja osa tutkittavista kertoi suoriutuneensa koulusta *rimaa hipoen*. Fyysisten ja psyykkisten voimavarojen heikentymisen vuoksi myös keskittyminen kouluissa oli vaikeaa ja vaikutti oppimistuloksiin negatiivisesti, mikä oli omien odotusten ja tavoitteiden kanssa ristiriidassa aiheuttaen yhä suurempaa psyykkistä kuormittumista. Useimmissa kertomuksissa kuitenkin korostettiin, että mielenterveyden häiriöistä huolimatta nuoret menestyivät koulussa keskivertoa paremmin ja oireilu vaikutti koulumenestyksen sijaan pääasiassa sosiaalisiin suhteisiin ja fyysiseen läsnäoloon koulussa. Niissä kertomuksissa, joissa mielenterveyden häiriön ei nähty vaikuttavan koulumenestykseen vakavasti, vaan psyykkisestä oireilusta johtuvat ongelmat olivat toisaalla, koulussa suoriutuminen ja opintojen sujuminen rinnastettiin positiiviseksi kokemukseksi. Hyvät arvosanat ja onnistumisen kokemukset veivät mielenterveyden häiriöstä johtuvia oireita syrjään toimien positiivisena kannustimena.

Osa tutkittavista kertoi pärjäävänsä koulussa erinomaisesti ainoastaan pienillä ponnisteluilla, mutta monet pitivät itseään perfektionisteina ja kokivat suoriutuvansa koulusta hyvin epärealistisen korkealle asetettujen tavoitteiden avulla. Muutamat kertoivat pitäneensä perfektionismia aluksi positiivisena asiana, sillä korkeiden tavoitteiden avulla he jaksoivat panostaa kouluun ja koulunkäyntiin. Koulussa menestyminen ja korkeat tavoitteet vaikuttivat kuitenkin useimpien mielenterveyteen niin, että jatkuvat paineet ja pelko arvosanojen laskusta lisäsivät psyykkistä oireilua, jolloin sillä oli negatiivisia vaikutuksia nuorten elämään.

Toisaalta omien tavoitteiden lisäksi paineita lisäsivät myös muiden nuoreen kohdistamat odotukset, joita ei haluttu pettää.

En lintsannut ahdistuksen takia kuin vain muutaman kerran vuodessa, koska en halunnut koulumenestykseni laskevan. Koulutyöt eivät ahdistaneet, mutta joka päivä olin hyvin kireänä ja valppaana muiden oppilaiden kanssa. -T5.

Syömishäiriö puolestaan on luonut haastetta kouluruokailuihin. 9. luokka sekä 1.vsk meni lähinnä niin, etten syönyt koulussa kuin 1-3 kertaa lukuvuodessa. Tästä johtuen väsymykseni vain kasvoi. Kuitenkin olen itse ollut tavallaan aika perfektionisti, tämän piirteen avulla sain kouluarvosanani pidettyä kiitettävissä vaikka voinkin henkisesti todella huonosti. Usein olen lukiossa esimerkiksi harkinnut opintojen tauolle jättämistä, mutta en sitä ainakaan vielä ole tehnyt -T8.

Yläasteelle tullessa huomasin, kuinka helppoa oli pienellä panostuksella saada hyviä numeroita ja aloin suorittaa. [...] Mielenterveysongelmat eivät mitenkään vaikuttaneet suoriutumiseeni, jollei siis ajatella että vaativuus tietenkin positiivisesti. Pikemminkin niin, että erinomainen suoriutuminen vaikeutti mielenterveysongelmia. [...] Toki opettajat tunnistivat perinteisen kiltin tytön, mikä aiheutti vain lisää paineita. Olin ujo ja sosiaalistakin ahdistusta oli ja on edelleen vaihtelevasti, joten koska tiesin, että opettaja kuulustelisi minulta aina kun kukaan muu ei tiedä vastaus-ta, tarkoitti se esimerkiksi kielten kursseilla sitä, että suomensin tekstikirjan kappaleita etukäteen, jotta osaisin aina vastata. -T3.

Mielenterveyshäiriöillä ei kaikissa tapauksissa ollut siis vaikutusta kouluarvosanoihin, mutta ne olivat merkittävässä asemassa kouluun liittyvissä sosiaalisissa tilanteissa vaikeuttaen fyysistä koulunkäyntiä ja lisäten poissaoloja. Joissain tapauksissa sosiaalisten tilanteiden vaikeutta kompensoitiin keskittymällä kouluun ja nostamalla arvosanoja, jolloin korkeiden arvosanojen tuoma paine vaikutti psyykkistä oireilua lisäten. Arvosanojen lasku taas oli useimmiten yhteydessä väsymyksestä ja ahdistuksesta johtuviin poissaoloihin, voimattomuuteen ja muihin sosiaalisten tilanteiden pelkoihin.

6.3 Mielenterveyden tukeminen kouluissa

Kaikki tutkittavat kokivat, ettei mielenterveyttä edistetty tai tuettu kouluissa riittävästi. Heistä lähes puolet ei maininnut mitään koulussa toteutettuja mielenterveyttä tukevia toimenpiteitä, vaan suurin tuki oli tullut sosiaali- ja terveydenhuollon puolelta. Osassa kertomuksista todettiin, että mielenterveyshäiriöihin oli puututtu vasta henkilön aikuisuudessa, jolloin psyykkiseen oireiluun ei oltu saatu lainkaan apua nuoruudessa tutkittavan yrityksistä huolimatta. Kielteisimmät koulukokemukset liittyivät oppilaitoksiin, joissa mielenterveyshäiriöihin liittyvää ilmapiiriä pidettiin sulkeutuneena ja kielteisenä. Yläkoulun ilmapiiri koettiin useimmiten kielteisenä, mutta kertomuksissa esiintyi vaihtelua oppilaitoksesta riippumatta. Toisen- ja kolmannen asteen opinnot koettiin pääosin raskaammiksi korkeamman vaatimustason ja työmäärän vuoksi, mutta yleistä ilmapiiriä pidettiin avoimempina ja kouluhenkilökuntaa ja opetusjärjestelyjä joustavampina kuin perusasteen opinnoissa. Opintoasteesta riippumatta koulun ilmapiirillä oli merkittävä vaikutus nuorten kuntoutumiseen, sillä sulkeutunut ilmapiiri näytti estävän tai ainakin hidastavan oikeanlaisen avun saamista, kun taas avoimessa ilmapiirissä nuoret uskalsivat puhua omista ongelmistaan ja sitä kautta myös hakea apua.

Yläasteella ei mielenterveyshäiriöihin tunnuta reagoivan mitenkään. Minulta ei kysytty kertaakaan miten oikeasti voin ja miksi käyttäytymiseni muuttui niin paljon. Amiksessa suhtauduttiin paljon paremmin ja ymmärtäväisemmin. Siellä autettiin parhaan mukaan ja ymmärrettiin, että jos koulu ei tunnu silloin sopivalta, niin ei ollut pakko käydä. Opettajat olivat rentoja ja mukavia. -T9

Poikkeuksena oli, että moni oli linjallani hyvin avoin omista mielenterveysongelmistaan ja opettajat olivat paljon ymmärtäväisempiä kuin peruskoulussa. Luotin siksi ryhmänohjaajaani ja keväällä uskalsin avautua yksinäisyydestäni ja ahdistuksestani hänelle. -T5.

Lukiossa mielenterveysongelmista puhuttiin melko avoimesti, lähinnä psykologian kurssien ja koulupsykologin pitämän elämänhallintakurssin

tiimoilta. Mihinkään yleiseen keskusteluun näiden ulkopuolella en kuitenkaan törmännyt. Yliopistossa mielenterveyshäiriöistä ei puhuttu yhtä paljon kuin lukiossa, vaan siellä asenne oli mielestäni vielä enemmän salaileva ja asiaa vähättelevä. -T6.

Kertomusten mukaan opettajalla oli merkittävä rooli siinä, millaisena nuoret kokivat koulun ilmapiirin, minkä lisäksi opettajat vaikuttivat omalla toiminnallaan siihen, miten nuoret saivat tukea mielenterveyshäiriöihinsä. Suurimmassa osassa kertomuksia opettajien ei koettu ymmärtävän psyykkistä oireilua, eivätkä kaikki suostuneet joustaviin opetusratkaisuihin, vaan nuorilta edellytettiin samanlaisia suoritustapoja kuin muiltakin ryhmän oppilailta. Pahimmillaan opettajan asenne saattoi olla oppilaan oireita vähättelevä eikä nuori saanut tarvitsemaansa apua saavutettavuusyhteyshenkilön suosituksesta huolimatta:

Yksi opettaja sanoi suoraan, että ”sä et tule pärjäämään elämässä tämmöisten ongelmien kanssa. Kannattaa hoitaa nopeasti tuo pois”. Toinen ei suostunut kurssin suorittamiseen etänä saavutettavuusyhteyshenkilön suosituksesta huolimatta. Ylipäättään koin, ettei ongelmiani tai niiden vakavuutta ja laajuutta suurimmaksi osaksi ymmärretty, vaan minua kohdeltiin lähinnä ihmisenä, jolla on huono asenne. -T6

Opettajien vähättelevä asenne vaikutti negatiivisesti nuoren mahdollisuuksiin saada apua ja tukea haasteisiinsa, mutta myös yleisesti nuoren koulunkäyntiin. Ne opettajista, jotka suhtautuivat negatiivisesti mielenterveyshäiriöihin, eivät esimerkiksi puuttuneet myöskään kiusaamistapauksiin:

Opettajien suhtautuminen kiusaamiseen kai oli paljon sellaista, että lapset hoitakoot omat asiansa, aikuisten asia on puuttua, jos joku hakataan verille. Ja kyllähän minua piestiin, hakattiin, tönittiin ja vaikka mitä. -T2.

Olin hakenut apua kiusaamisongelmiin äitini kanssa jo ala-asteelta lähtien, ottamalla yhteyttä kaikkiin mahdollisiin tahoihin koulussa, niin rehtoriin, opettajiin kuin koulukuraattoriinkin. Kiusaamista ei saatu kitkettyä missään vaiheessa. Kiusaajia oli liian paljon ja koulun henkilökunta ei ilmeisesti tiennyt, miten asiassa voisi edetä. -T6

Muutammat tutkimushenkilöt pohtivat kertomuksissaan myös sitä, etteivät opettajat halunneet puuttua oireiluun, koska mielenterveyshäiriöt eivät vaikuttaneet koulumenestykseen oleellisesti:

En tiedä, millaisia keskusteluita luokanvalvojani ja äitini kävivät, mutta minun kuulteni pinnaamiseen puuttui vain teknisen työn opettaja. Ja hänkin vain kysyi, että miksi olen ollut monta peräkkäistä tiistaita pois koulusta. Enhän minä sellaiseen osannut vastata. En koskaan saanut minkäänlaisia seuraamuksia, eikä poissaolojeni laajempaa syytä koskaan edes yritetty selvittää. [...] Olen joskus pohtinut, että koska menestyin opinnoissani, opettajilla ei ehkä ollut halua vaivata itseään minun asioillani. -T2

Koska suoriuduin hyvin ja olin kiltti, jäivät ongelmani tietenkin koulun aikuisilta täysin pimentoon. -T3

Toisaalta opettajien välinpitämättömyys esimerkiksi kiusaamistapauksissa tai nuoren mielenterveyshäiriöiden kohdalla ei aina johtunut opettajien kielteisistä asenteista, vaan useissa kertomuksissa mainittiin, etteivät opettajat joko tiedäneet miten toimia tai he eivät huomanneet nuoren oireilua. Tutkittavat kokivat, ettei opettajien kanssa voinut luoda sellaista luottamuksellista suhdetta, jossa mielenterveyshäiriöistä uskallettaisiin puhua. He pitivät omaa oireiluaan salassa muilta erilaisten kulissien avulla ja oireilu saattoi olla niin yksilöllistä, etteivät opettajat osanneet yhdistää niitä psyykkisiin ongelmiin, minkä lisäksi heillä ei välttämättä ollut valmiuksia havaita nuoren oireilua.

Koululla ei voinut mitenkään olla mahdollisuutta huomata tilannettani. [...] Mielestäni kouluissa on opettajien hyvin hankala puuttua oppilaiden mielenterveyshäiriöihin. Yläkouluiässä ei monella ole niin läheistä suhdetta opettajan kanssa että keskustelusta olisi hyötyä. -T3.

Olen aina ollut vetäytyvä sosiaalisissa tilanteissa ja arka uusia asioita kohtaan, tarvitsen aikaa jotta totun uusiin tilanteisiin ja ihmisiin. Tätä ominaisuutta ei missään koulutusasteella ymmärretty, ja sainkin [...] jo

varhaisessa iässä ahdistuneisuusoireita, jotka alkoivat ensin fyysisillä tuntemuksilla ja kivuilla. Olin koulusta pois lähinnä vatsakipujen vuoksi, mitä kukaan opettaja ei osannut liittää ahdistuneisuuden oireeksi. -T6.

Toisaalta opettajalle, joka koettiin rennoksi, joustavaksi ja empaattiseksi, kerrottiin omista ongelmista, jolloin tällä oli mahdollisuus ohjata nuori oikeanlaisen avun piiriin ja tukea tätä esimerkiksi joustavilla opetusratkaisuilla. Välittävä ja kuunteleva opettaja saattoi lisäksi huomata nuoren oireilun muita aikuisia herkemmin.

Muistaakseni yhdeksännellä luokalla minun liikunnanopettajani ohjasi ja varasi minulle ajan meidän koulukuraattorille, jolle minä en sitten enää pystynyt valehtelemaan voivani ihan hyvin. Hän puolestaan lähetti minut terveydenhoitajalle ja sitten koululääkärille, joka kirjoitti lähetteen nuorisopsykiatrian poliklinikalle. Olen myös ollut kriisijaksolla nuorisopsykiatrisella osastolla. Tuki on ollut aika tiivistä ja varmaan sen takia olen täällä vielä. -T8

Edellä kuvattu lainaus nuoren avun ja tuen saamisesta on esimerkki siitä, millainen vaikutus oikeanlaisella ja katkeamattomalla hoitoketjulla on nuoren elämään. Opettaja on huolen herätessä ohjannut nuoren koulukuraattorille, jolle nuori on puolestaan kertonut omista psyykkisistä haasteistaan ja päässyt jatkohoitoon. Kouluterveydenhuolto on tehnyt arvion nuoren tilanteesta ja edelleen ohjannut tämän erikoissairaanhoidon palveluihin. Tämän nuoren kohdalla yhden opettajan huoli on johtanut onnistuneeseen hoitoon, jonka ansiosta nuori kokee olevansa yhä elossa.

Joissakin tapauksissa runsaasiin koulupoissaoloihin ja oppimisen haasteisiin oli pyritty puuttumaan erilaisin opetukseen liittyvin erityisjärjestelyin. Erityisjärjestelyihin vaadittiin kuitenkin usein diagnoosi ja hoitohenkilökunnan suositus, minkä vuoksi erityisjärjestelyt toimivat usein vasta korjaavana toimenpiteenä matalan kynnyksen ja ennakoivien toimenpiteiden sijaan. Erilaiset suoritustavat mahdollistivat kurssien suorittamisen, mutta nuoret kokivat, etteivät kaikki opettajat suhtautuneet erityisjärjestelyihin ymmärtäväisesti. Joustavien opetusjärjestely-

jen ja tuen merkitys tulee esiin seuraavassa lainauksessa, jossa nuori oli joutunut keskeyttämään opintonsa riittämättömän tuen vuoksi:

Sain käytyä yliopistoa suhteellisen normaalisti ensimmäiset 2 vuotta, tosin erityisjärjestelyin kuten yläasteella ja lukiossakin. Opinnot tyssäsivät, kun koulusta ei oltu valmiita tukemaan opiskeluani enempää diagnooseistani ja hoitosuhteesta huolimatta. Olisi pitänyt mennä kursseille, missä esiinnyttään luokan edessä sekä suorittaa seminaarityö, mitkä olivat molemmat minulle täysin mahdottomia terveydentilassani. -T6

Erilaisia kertomuksissa käsiteltyjä erityisjärjestelyjä olivat esitelmien pitäminen opettajalle koko luokalle esiintymisen sijaan, itsenäisesti suoritettavat tehtävät ja koulunkäynnin tukeminen tehostetun ja erityisen tuen keinoin. Osa tutkittavista suoritti lisäksi toisen asteen opintojaan pidennetyllä aikataululla lisäopetuslinjalta tai tenttimällä itsenäisesti lukion kursseja. Esimerkiksi sosiaalisten tilanteiden pelosta tai masennuksesta kärsineet nuoret kokivat koulunkäynnin helpompana silloin, kun he pystyivät joustavilla ratkaisuilla suorittamaan opintojaan itsenäisesti:

[...] suoritin lukion loppuun eräässä päivälukiossa tenttimällä kursseja omaan tahtiini — eli hiukan nopeammin kuin muut. Lukioon kului kaksi lukuvuotta, keskiarvo oli 9,1 ja ylioppilastutkintotodistuksen yleisarvosana laudatur. -T2

Minulla oli lukiossa psykologikontakti, koulun oma psykologi, joka auttoi minua hakemaan opiskeluun ja ylipäättään koulussa oloon erityisjärjestelyitä, mm. juuri koulun tapahtumista pois jääminen ja esitelmien korvaaminen esseillä. Ensimmäisen kerran sain tämänkaltaisia erityisjärjestelyjä yläkoulussa, tällöin en pitänyt enää yhtäkään esitelmää, eli viimeisen kerran esiinnyin luokan edessä alakoulun lopulla. -T6

Luokkatilanteiden ja keskittymisvaikeuksien vuoksi suoritin esimerkiksi kaikki pitkän matematiikan opintoni itsenäisinä kursseina. -T1

Kertomuksissa korostui oman aktiivisuuden merkitys koko hoitoprosessin ajan, ja muutamaa poikkeusta lukuunottamatta kaikki tutkittavista olivat hakeneet apua ongelmiinsa ensin itse.

Jos en olisi lähtenyt etsimään tietoa, en olisi koskaan ottanut [sairautta] puheeksi poliklinikalla ja en olisi päässyt seulontaan. Olisin vieläkin yhtä ahdistunut ja hämmentynyt nuori, mutta oikea diagnoosi helpotti suuresti. Kiihtän itseäni kaikesta, sillä minä tein kaiken työn avun saamiseksi. Minä etsin aina kaikkiin oireisiin tietoa enkä ollut tuppisuuna ammattilaisten edessä, mitä monesti hämmästeltiin. En pelkää enää tulevaisuutta, koska saan jatkuvasti tukea ja apua diagnoosini takia. -T5

Sillä, miten koulussa suhtauduttiin mielenterveyden häiriöihin, ei näyttänyt olevan yhteyttä siihen, hakivatko nuoret itse apua, vaan aktiivisuuden vaade korostui ympäristöstä huolimatta. Kouluympäristön erot tulivat esiin siinä, että mielenterveyshäiriöiden suhteen avoimissa ympäristöissä nuorten hoitosuhde alkoi usein sillä, että nuoret uskalsivat puhua ongelmistaan opettajalle, joka ohjasi heitä edelleen eteenpäin, kun sulkeutuneissa ympäristöissä nuoret ottivat ensisijaisesti yhteyttä hoitohenkilökunnan ammattilaisiin, kuten kuraattoreihin, psykologeihin sekä terveydenhoitajiin.

Koulu- ja opiskeluterveydenhuolto koettiin kertomuksissa lähinnä hoitoon ohjaavana tahona, ja varsinainen hoito toteutui vasta erikoissairaanhoidon puolella. Monet tutkittavista pitivät diagnoosin saamista ratkaisevana oman kuntoutuksen kannalta. Tämä tuli esimerkiksi esiin siinä, että ne tutkimushenkilöistä, jotka eivät olleet saaneet sairauteensa diagnoosia, diagnosointi oli tutkimushetkellä kesken tai diagnoosi oli tehty vasta henkilön aikuisuudessa, eivät olleet varmoja siitä, miten mielenterveyshäiriö oli vaikuttanut hänen koulusuoriutumiseensa tai sosiaalisiin suhteisiinsa. Vaikka nuori oli oireillut psyykkisesti peruskoulussa, diagnoosin puute johti ikään kuin tilanteeseen, jossa psyykkistä oireilua ei pidetty häiriönä ainoastaan sen vuoksi, ettei lääkäri ollut tehnyt siihen tarvittavaa diagnoosia. Toisaalta on mahdollista, ettei psyykinen oireilu täyttänyt tuolloin vielä häiriölle tyypillisiä diagnostisia kriteereitä.

Melkein kaikki nuorista, jotka olivat saaneet tai hakeneet apua koulu- tai opiskeluterveydenhuollosta, olivat päässeet myöhemmin läheteellä myös vaativamman tason, kuten erikoissairaanhoidon palveluiden piiriin. Tavallisimmin nuoret olivat itse pyytäneet apua ongelmiinsa koulukuraattorilta, joka oli ohjannut heitä eteenpäin mielenterveyshäiriön vakavuudesta riippuen.

Lukion loppupuolella hain kuitenkin vanhempieni pyynnöstä apua ongelmiini mutta yhteistyö terapeutin kanssa jäi muutamaan kertaan. En tykännyt persoonasta enkä ollut valmis apuun, enkä suostunut muutenkaan puhumaan kuin pakko-oireistani. Vuosia myöhemmin hain YTHS:n kautta apua mutta laihoin tuloksin jälleen. Muutama vuosi sitten pääsin erikoissairaanhoidossa moniammatilliseen arvioon ja siellä selvinneet ongelmat auttavat selittämään sitä, miksi kouluaikana en pystynyt hahmottamaan omaa tilannetta ja masennusta. -T3

Hain 7. luokalla apua kuraattorilta, josta siirryin terveydenhoitajan vastaanotolle ja sieltä koulun psykiatriselle sairaanhoitajalle 8. luokalla. Se auttoi vain lievästi ja monesti hän kertoi, että tämä lievittyy iän kanssa. Hän ei viitsinyt laittaa lähetettä minnekään lääkärille tai klinikalle, koska uskoi ahdistukseni olevan murrosiän ja temperamenttini syytä. Vaikka hain apua, en tuntenut saavani vastauksia ahdistukseni syyhyn ja niin sama jatkui lukioon. [...] Hain sitten syksyllä ajan koulupsykologille [...], Kävin noin vuoden koulupsykologin luona, kunnes hän laitto lähetteen nuorten poliklinikalle 2. lukuvuotena [...] -T5

Heidän [Lääkärin ja hoitajan] kanssaan ei kemiat kohdannut ollenkaan. Hoitaja ei auttanut minua ja ei ottanut minua tosissaan. Lääkäri oli pahempi. Kun kerroin olevani itsetuhoinen ja näytin jälkiä, hän ei sanonut mitään vaan kirjoitti jotain muistivihkoon ja vaihtoi puheenaihetta. En muista hirveästi heidän ajoilta asioita. Viimeisessä palaverissa kaikki olivat minua vastaan. Tukiasunnon ohjaajat, lääkäri, hoitajat ja sosiaalityöntekijä täältä paikkakunnalta taisi myös olla paikalla. [...] Minulle vain saarnattiin ja komennettiin. Pyysin jopa uusia lääkkeitä, sillä edellinen veti minut alas, mutta en saanut niitä, koska nämä ongelmat kuulemma selviää ilman lääkkeitä ja kaikki johtuu asenteestani, vaikka olin aivan loppu kaikesta ja hädin tuskin jaksoin hengittää. -T9

Suhteita hoitohenkilökuntaan kuvailtiin ristiriitaisesti ja sillä, koettiin hoitava taho negatiivisesti vai positiivisesti, oli yhteys hoidon onnistumiseen. Suhteisiin hoitavan tahon kanssa vaikuttivat aiemmat kokemukset hoidon epäonnistumisesta ja tehottomuudesta, sekä nuoren omat asenteet ja odotukset hoitohenkilökuntaa kohtaan. Hoito koettiin onnistuneeksi vain harvoin, sillä moni koki, että nuoren oireita vähäteltiin ja ne liitettiin normaaliin murrosiän oireiluun, tai nuori ei itse halunnut puhua ongelmistaan tai kokenut yhteistyötä hoitohenkilökunnan kanssa mielekkääksi. Hoidon onnistumisen kannalta merkittävämmäksi tekijäksi näyttikin muodostuvan nuorten kokemus ymmärretyksi ja kuulluksi tulemisesta sekä kokemus siitä, että hoitava taho toimii aidosti edistääkseen nuoren hyvinvointia. Tutkittavat kaipasivat enemmän ennakkoivia toimenpiteitä ja opetuksen tukemista, sillä suurin osa nuorista oli saanut tukea oireisiinsa vasta ongelmien kriisiytyessä.

Nuorempien kohdalla matala-asteiset yhteistyömenetelmät [...] olisivat hyödyksi, koska silloin voitaisiin jo ennaltaehkäisten tunnistaa lapsen vahvuustekijöitä, joita sitten tulevissa haasteellisissa tilanteissa voidaan hyödyntää. Tällaisen menetelmän tai vastaavan myötä myös sellaiset asiat, jotka eivät muuten välttämättä tule opettajan tietoon mutta olisi tärkeää tietää, tulevat ilmi. -T3

Haluaisin vain ihmisen, joka yrittää ymmärtää, kannustaa ja kuunnella huoliani. Ei tyrkyttäisi lääkkeitä. Toivon sitä myös muille. -T9

Parhaiten minua opiskeluissa olisi auttanut sellaisen opiskelun tukeminen, mihin olisin ehkä pystynyt mielenterveysongelmistani huolimatta. Minulla on vakaviin traumoihin ja vaikeaan lapsuuteen pohjaavia häiriöitä, joten minusta on selvää ettei minulta olisi voinut vaatia samanlaista suorittamista kuin muilta opiskelijoilta. Olisin voinut suorittaa kursseja etänä, esseekirjoituksin, ja suullisia osuuksia esittää yksityisesti opettajalle. Näin olisin voinut saada tutkinnon kasaan [...]. -T6

Hoidosta huolimatta lähes kaikki hoitoa saaneista tutkimushenkilöistä kokivat kärsivänsä yhä mielenterveyshäiriöistä ja psyykkisestä oireilusta. Aktiivisessa hoitosuhteessa olevat henkilöt kertoivat kuitenkin kyvykkyydestä elää elämää

päivä kerrallaan ja onnistunut hoito oli yhteydessä siihen, millaisena henkilö näki oman tulevaisuutensa.

Olen kuitenkin hyväksynyt, ettei elämäni tule koskaan olemaan perinteistä tai stereotyyppistä enkä voi tietää, kauanko tällaista elämää jaksaa. [...] Teen suunnitelmia jos teen, koska ”niin kuuluu tehdä”. Jokapäiväistä arkea suunnittelen toki koska olen hyvin stressaava luonne. Valitsisin joka hetki olla olematta elossa elämän sijaan, mutta sitä ei ole vielä tähän ikään mennessä minulta kysytty. Joten täällä nyt sitten roikutaan. -T3.

En pelkää enää tulevaisuutta, koska saan jatkuvasti tukea ja apua diagnoosin takia. -T5

Suhtaudun tulevaisuuteen toiveikkaasti, koska en vaadi itseltäni enää samanlaista elämää kuin normaali-ihmisiltä. Minua ei haittaa, vaikka en pääsisi koskaan töihin. En osaa kaivat sellaista, koska en ole ikinä edes ollut töissä. Keskityn elämän mielekkyyden hakemiseen ja sen selvittämiseen, miten voisin mahdollisimman hyvin rajoituksistani huolimatta. -T6

Ennen ajattelin, että tulevaisuus ei tuo minulle mitään ja pelotti. Nykyään olen toiveikas tulevaisuuden suhteen, mutta edelleen hieman pelottaa. Pelottaa, että entä jos en ikinä pääse töihin tai kouluun, mutta pikkuhiljaa hyvää tulee. -T9

Erityisjärjestelyjen ja tuen avulla osa nuorista oli hyväksynyt sairautensa ja omat haasteensa ja onnistunut asettamaan itselleen tavoitteita, joita he eivät kokeneet epärealistisina. Toisaalta lähes kaikki tutkittavista kokivat, että mielenterveyshäiriöt rajoittivat heidän elämänsä yhä niin, etteivät he kyenneet *normaaliin* elämään. He tunnistivat omat ongelmansa ja rajoitteensa, ja pyrkivät välttämään ylimääräisiä pettymyksiä asettamalla vain lyhyen aikavälin tavoitteita.

Mielenterveyden edistäminen tutkittavien kokemusten mukaan kouluissa oli vähäistä tai sitä ei ollut lainkaan. Kaikki tutkittavista pitivät opettajan roolia kuntoutumisen ja kuntoutumiseen hakeutumisen kannalta merkittävänä, mutta muutama poikkeusta lukuunottamatta kertomuksia yhdisti kuitenkin opettajan välinpi-

tämätön asenne tai tietämättömyys mielenterveyshäiriöistä, jolloin nuoret eivät kokeneet saaneensa riittävästi tukea omiin haasteisiinsa. Kaikkia tutkittavia yhdisti lisäksi vaatimus omasta aktiivisuudesta hoitoon hakeutumisen yhteydessä. Ne nuorista, jotka olivat saaneet apua, olisivat toivoneet enemmän matalan kynnyksen palveluita ja ennakoivia tukitoimenpiteitä, mutta hoitoketju kouluterveydenhuollosta erikoissairaanhoidon näytti kuitenkin toteutuvan kaikissa niitä käsitelleissä kirjoituksissa. Hoitotulokset vaihtelivat kertomuksissa kuitenkin niin, että suurin osa tutkittavista piti hoitoa joko riittämättömänä, tai he olivat edelleen aktiivisessa hoitosuhteessa. Lisäksi tutkittavien käsitykset tulevaisuudesta vaihtelivat sen mukaan, miten he olivat kokeneet hoidon onnistumisen.

7 Nuorten selviytymispolut

7.1 Taistelijat

Taistelijoilla on takanaan vahva sosiaalinen tukiverkosto, minkä vuoksi he ovat avoimia mielenterveyshäiriöistään ja siihen liittyvästä oireilustaan. Taistelijoilla on perheen tuen lisäksi ympärillään ystävien tukiverkosto, jotka tunnistavat mielenterveyshäiriöihin liittyvää oireilua ja tukevat taistelijaa tämän haasteiden kanssa toimien mielenterveyttä suojaavana tekijänä. Perheen ja muiden läheisten avulla mielenterveyshäiriöt eivät vaikuta taistelijan fyysiseen koulunkäyntiin tai ne vaikuttavat siihen vain vähän, sillä taistelija saa usein apua perheenjäseniltään esimerkiksi läksyjen tekemisessä tai kokeisiin lukemisessa.

Koulun henkilökunta ja opettajat eivät huomaa taistelijan oireilua tai eivät puutu siihen, mutta hän on aktiivinen omassa hoitoon hakeutumisessaan ja etsii tietoa omasta sairaudestaan. Taistelija kertoo avoimesti ongelmistaan läheistensä lisäksi myös hoitohenkilökunnalle, ja uskaltaa kyseenalaistaa hoitavan tahon päätöksiä ollessaan tietoinen omaan sairauteensa liittyvästä oireilusta. Toisaalta hän ei lannistu, mikäli hoidontarpeen arvioinnissa epäonnistutaan, vaan hakee apua muualta. Hän pyrkii lisäksi aktiivisesti vaikuttamaan mielenterveyden kehitykseensä positiivisesti ja saattaa myös päättää hoitosuhteen, mikäli kokee sen hyödyttömänä. Koska taistelija on perehtynyt omaan sairauteensa, hän vaatii tarvittavia tukitoimenpiteitä myös kouluympäristössä, ja saattaa näyttäytyä opetushenkilöstölle tämän vuoksi haasteellisena oppilaana. Toisaalta taistelija pyrkii yhteistyössä opettajien kanssa lisäämään muiden tietoutta hänen terveydentilastaan, jotta muiden olisi helpompaa suhtautua mielenterveyden häiriöstä kärsivään henkilöön ja tarvittaessa näyttää hänelle tukensa.

Taistelijat näkevät tulevaisuutensa valoisana psyykkisestä oireilusta huolimatta. Oman asiantuntijuutensa ja kiinnostuksensa avulla he ovat tietoisia sairauteensa liittyvistä oireista, ja pyrkivät aktiivisesti edistämään omaa mielenterveyttään. He näkevät mielenterveyden häiriön itsestään riippumattomana sairautena tai

ovat hyväksyneet oman erilaisuutensa, ja suunnittelevat tulevaisuuttaan asettaen myös pitkän aikavälin tavoitteita.

7.2 Sopeutujat

Sopeutujat ovat epävarmoja itsestään ja kokevat mielenterveyden häiriöistä johtuen huonommuuden ja alemmuuden tunteita verraten itseään toistuvasti muihin. Heillä on takanaan usein perheen ja läheisten tuki sekä laaja ystäväverkosto, mutta he pyrkivät salaamaan oireilunsa muilta pelätessään oireilun vaikuttavan läheisiin ihmissuhteisiin. Sopeutujat oireilevat usein sisäänpäin, jolloin muiden on vaikea havaita psyykkistä oireilua. He pitävätkin yllä erilaisia kouluun ja sosiaalisiin suhteisiin liittyviä kulsseja, minkä vuoksi he kokevat sosiaalisten suhteiden ylläpitämisen ja fyysisen koulunkäynnin erittäin raskaana.

Sopeutujat eivät halua näyttää omaa oireiluaan myöskään koulumaailmassa arvosanojen ja koulumenestyksen heikkenemisen pelossa, minkä vuoksi mielenterveyshäiriö ei näy koulumenestyksessä tai näennäisesti vaikuta fyysiseen koulunkäyntiin. He välttelevät usein tilanteita ja paikkoja, joissa mielenterveyshäiriön oireet saattaisivat tulla ilmi ja poistuvat mielummin tällaisista tilanteista. Koska kulssien ylläpitäminen on psyykeen kannalta erittäin raskasta, joku joko sopeutujan lähipiiristä tai koulun aikuisista huomaa tämän oireilun ja puuttuu tilanteeseen. Sopeutuja hakeutuukin lopulta hoitoon hänen lähipiirinsä suosituksesta. Vasta hoitosuhteen aloittamisen jälkeen sopeutujat uskaltavat näyttää omat tunteensa ja kertoa ongelmistaan avoimesti läheisilleen.

Sopeutujien suhtautuminen tulevaisuuteen on ristiriitaista. He saattavat näyttää ulospäin voimaantuneilta kuitenkin edelleen häveten omaa oireiluaan ja kokiesaan huonommuuden ja alemmuuden tunteita. Toisaalta Sopeutujat elävät päivän kerrallaan ja suunnittelevat omaa lähitulevaisuuttaan ja ovat kiitollisia saamastaan avusta. He ovat usein löytäneet erilaisten vertaisryhmien kautta uusia

ystäviä, joiden kanssa he voivat jakaa ajatuksiaan ja tunteitaan omasta sairaudesta.

7.3 Yksinjätetyt

Yksinjätetyille on tyypillistä rikkonainen perhetausta ja traumaattinen lapsuus, minkä vuoksi heillä ei ole riittävää sosiaalista tukiverkostoa. Yksinjätettyjen vhemmillä ei myöskään usein ole joko kiinnostusta, ymmärrystä tai riittäviä tietoja ja taitoja auttaa nuorta hänen ongelmiansa kanssa. Nuoret ovat usein hiljaisia, herkkiä ja sisäänpäin kääntyneitä, ja hakevat sosiaalisissa tilanteissa muiden hyväksyntää. Yksinjätetyt oireilevat usein sisäänpäin, jolloin oireilua on vaikea havaita. Yksinjätetyt eivät välttämättä tunnista omaa oireiluaan tai pitävät sitä normaalina epävakaan lapsuuden myötä, jolloin oireilun hoitamattomuus on tyypillisempää. Yksinjätetyt ovat usein myös alttiimpia kiusatuksi joutumiselle, mikä voimistaa negatiivisia käsityksiä koulusta ja vertaisista ja lisää koulupoissaolojen määrää.

Runsaat koulupoissaolot vaikuttavat koulumenestykseen negatiivisesti. Koulun henkilökunta ei kuitenkaan osaa puuttua mielenterveyshäiriöön liittyvään oireiluun, he sutautuvat oireiluun välinpitämättömästi tai he eivät havaitse sitä lainkaan. Koska nuorella ei ole takanaan sosiaalista tukiverkostoa eikä koulun henkilökunta puutu oireiluun, yksinjätetyt jäävät usein vaille minkäänlaisia tukimuotoja ja apua. He suoriutuvat koulusta poissaolojen takia usein rimaa hipoen ja keskeyttävät toisen asteen opintonsa, sillä puuttuvien tukiverkostojen ja esimerkiksi kiusaamisen vuoksi heidän on vaikea löytää voimia koulutyöhön.

Yksinjätetyt eivät näe tulevaisuuttaan valoisana tai koe tavoitteiden asettamista mielekkäänä. Mikäli yksinjätetyt saavat hoitoa, hoito aloitetaan usein vasta ongelmien kärjistyttyä tai aikuisiällä. Saaduista tukitoimista huolimatta tavoitteiden asettaminen on haastavaa ja tulevaisuus näyttäytyy epävarmana elämisen mielekkyyden puuttuessa.

8 Pohdinta

8.1 Tulosten tulkintaa

Tutkielmamme aineisto koostui yhdestätoista erilaisesta kertomuksesta, joissa mielenterveyshäiriöistä kärsineet nuoret kertoivat koulukokemuksistaan. Vaikka mielenterveyshäiriöt oireineen olivat erilaisia, hälyttävää oli, että lähes kaikkia kertomuksia yhdisti koulun aikuisten puuttumattomuus nuorten ongelmiin. Mielenterveyden häiriöt vaikuttivat tutkielmassamme nuorten elämään kokonaisvaltaisesti, ja näkyivät erityisesti mielialan, käyttäytymisen ja ihmissuhteiden muutoksina, mitä myös aiempi tutkimus aiheesta tukee (esim. Kiviniemi 2008; Marttunen & Kalrsson 2013; Tamminen & Marttunen 2016; THL). Kouluelämässä psyykkinen sairastuminen vaikutti ensisijaisesti koulunkäynnin haasteisiin, kuten vaikeuteen löytää voimia koulutyöhön tai fyysiseen koulunkäyntiin, mitkä aiheuttivat runsaita poissaoloja tai opintojen keskeytyksiä.

Kaikki aineistomme nuorista kuvasivat kertomuksissaan sisäänpäin kääntynyttä oireilua, kuten vetäytymistä ja eristäytymistä. Ojala (2017, 91) havaitsi tutkimuksessaan, että opettajat tunnistavat sisäänpäin kääntynyttä oireilua heikosti, ja hiljaiset ja vetäytyvät oppilaat jäävät koulussa huomattavasti vähemmälle huomiolle kuin ulospäin suuntautuneesti oireilevat lapset ja nuoret. Koska ulospäin suuntautunut käyttäytyminen tunnistetaan herkemmin, voidaan myös olettaa, että siihen puututaan useammin. Tämän vuoksi onkin mahdollista, että tutkielmassamme ilmennyt hoidon saamattomuus ja opettajien välinpitämättömyys on korostunut. Opettajien tietoisuutta mielenterveyshäiriöistä ja psyykkisestä oireilusta tulisi mielestämme lisätä, jotta opettajat tunnistaisivat herkemmin myös sellaista oireilua, joka ei tule esiin koulun arjessa esimerkiksi häiriökäyttäytymisenä. Opettaja ei kuitenkaan ole hoitava taho, vaan opettajien tehtävät ovat ensisijaisesti kasvatuksellisia ja pedagogisia, jolloin opettajan tulisikin toimia nuoren ongelmat havaitessaan kuuntelevana ja hoitoon ohjaavana aikuisena. Ojalan (2017) tutkimuksessa opettajat eivät aina tiedäneet, miten heidän tulisi toimia tai kehen heidän tulisi olla yhteydessä havaitessaan nuoren psyykkistä oireilua.

Entistä tiiviimpi moniammatillinen yhteistyö ja esimerkiksi koulukuraattoreiden aseman selkiyttäminen myös opetushenkilökunnalle voisikin edesauttaa nuorten mahdollisuutta päästä hoitoon, kun opettajat uskaltaisivat puuttua havaitsemiinsa nuorten ongelmiin entistä paremmin.

Psyykkisesti oireilevalle nuorelle on tärkeää, että hän kokee olevansa hyväksytty, ja opettaja on koulussa myös häntä varten (Kinnunen 2008). Suurin osa tutkimistamme nuorista koki, ettei koulussa ollut mahdollisuutta luoda sellaista luottamuksellista suhdetta aikuiseen, jolle nämä olisivat voineet kertoa ongelmistaan (vrt. Halme ym. 2018, 61–62). Tutkimusten mukaan myös kouluterveydenhoitajien tuki koetaan riittämättömänä (Halme ym. 2018, 53), mikä näkyi tutkielmassamme kokemuksina terveydenhuollon ammattilaisten välinpitämättömyydestä tai oireiden vähättelemisestä. Useat nuoret toivoivatkin aikuista, joka kuuntelisi heidän ongelmiaan ja tarvittaessa ohjaisi myös jatkohoitoon. Niissä kertomuksissa, joissa luokan ilmapiiri oli koettu mielenterveyshäiriöiden suhteen avoimeksi ja nuoret luottivat opettajaansa, tutkittavat olivat uskaltaneet kertoa omista ongelmistaan. Koulun ilmapiiri näyttäisi siis olevan merkittävässä roolissa siinä, miten nuoret saavat oireisiinsa hoitoa. Luokan ilmapiirillä ja lasten hyvinvoinnilla on myös muiden tutkimusten mukaan yhteys (Somersalo ym. 2002, 289; Minkkinen 2015, 67). Kielteisessä ilmapiirissä nuoret salailevat ongelmiaan (Kiviniemi 2008, 81), jolloin myös koulun aikuisten mahdollisuudet havaita psyykkistä oireilua heikkenevät. Opettaja on avainasemassa myönteisen ilmapiirin luomisessa, mutta Ojalan (2017, 104) mukaan tämän edellytyksenä on hyvinvoiva opettaja, jolla on takanaan hyvinvoivan työyhteisön tuki. Tämän vuoksi koulutuksessa olisikin tärkeää panostaa oppilaiden hyvinvoinnin lisäksi koko koulun hyvinvointiin ja sellaisen ilmapiirin luomiseen, jossa tuetaan oppilaiden vahvuuksia ja erilaisuus nähdään voimavarana.

Monihäiriöisyys oli lisäksi yksi nuoria yhdistävä tekijä, ja lähes kaikilla tutkittavista oli useampi kuin yksi mielenterveyshäiriön diagnoosi. Komorbiditeetin yleisyys olikin linjassa Sterban ja muiden (2010) havaintojen kanssa. Monihäiriöisyydellä on tutkimusten mukaan yhteys vaikeampaan oirekuvaan, suurempaan

toiminnalliseen haittaan sekä häiriön pidempään keston (Aalto-Setälä & Martunen 2011), jolloin tutkimukseemme valikoituivat sellaiset henkilöt, joilla hoitajakso, toipuminen ja tuen tarve olivat vielä ajankohtaista ja tavoitimme heidät erilaisten tukiverkostojen kautta. Monihäiriöihin liittyvän vaikeamman oirekuvan ja suuremman toiminnallisen haitan vuoksi on hälyttävää, ettei suurimmassa osassa tapauksista kukaan koulun aikuinen ollut puuttunut nuoren oireisiin ja ohjannut tätä hoitoon. Mikäli vakavemmatkin mielenterveyshäiriöt jäävät huomaamatta kouluissa, voidaan pohtia, puututaanko lievempään oireiluun etenkin silloin, kun nuori ei osoita aktiivisuutta hoitoon hakeutumisessa.

Tutkittavien kertomuksissa esiintyi toistuvasti hoitoon pääsyyn liittyvä aktiivisuuden vaatimus (Aaltonen ym. 2015), eivätkä nuoret olleet saaneet apua ongelmiinsa, kuin ainoastaan niissä tapauksissa, joissa he olivat itse aktiivisessa roolissa. Korkea vaatimus nuorten omasta aktiivisuudesta näyttäisikin tutkielmamme mukaan osoittavan, ettei koulujen mielenterveystyön painottaminen ennaltaehkäisevään hoitoon (Haravuori ym. 2016; Mikkonen ym. 2015) ole toteutunut tavoitteiden mukaisesti. Kouluissa on pyritty panostamaan varhaiseen tukeen, jotta välttyttäisiin pahoinvoinnin kärjistymiseltä psykiatrista hoitoa vaativaksi (Dowdy ym. 2012; Santor ym. 2007). Kuitenkin kaikissa aineistomme kertomuksissa avun saaminen koulu- ja opiskeluterveydenhuollon kautta oli johtanut josakin vaiheessa lähetteeseen erikoissairaanhoidon puolelle, mikä näyttäisi viittaavan siihen, ettei ongelmiin ole osattu puuttua riittävän aikaisessa vaiheessa. Toisaalta nuorten pääsy erikoissairaanhoidon puolelle osoittaa, että vaikka opiskeluterveydenhuolto koetaan hajautuneeksi (Kanste ym. 2016, 98), nuorten kokemat vaikeudet päästä jatkohoitoon nähtiin liittyvän lähinnä heitä hoitavien ihmisten asenteisiin. Nuoret olivat päässeet koululääkärin tai psykologin läheteellä erikoissairaanhoidon puolelle, mitä oli edeltänyt usein käynnit kuraattorin, terveydenhoitajan tai psykologin luona.

Hoitohenkilökunnan asenteet koettiin välinpitämättömiksi, sillä oireiden nähtiin usein olevan normaalia murrosikäisen nuoren kuohuntaa. Tähän voivat vaikuttaa hoitohenkilökunnan kouluttamattomuus mielenterveyshäiriöihin liittyen, ja

terveydenhoitajien kokemuksia käsitelleiden tutkimusten mukaan terveydenhoitajat kokevatkin tarvitsevansa lisää aikaresursseja (Honkanen ym. 2008), koulutusta ja harjoitusta (Membride ym. 2015). Muun muassa Mäenpää ja kumppanit (2008) muistuttavat, etteivät terveydenhuollon ammattilaisten resurssit riitä kattavaan oppilaiden terveydentilan analysoimiseen, ja resurssien puute näkyy yksinkertaisesti terveydenhoitajien vähyytenä suhteessa liialliseen oppilaiden määrään. Terveystenhoitajissa tämä saattaa purkautua turhautumisena, mikä tuloksissamme näkyy muun muassa välinpitämättömänä suhtautumisena oppilaan ongelmiin. Tulostemme pohjalta olisikin tärkeää, että terveydenhoitajien resursseja tulisi lisätä kouluissa niin, että kouluterveydenhoitajat voisivat keskittyä nuoriin ja näiden ongelmiin entistä paremmin. Mielenterveyshäiriöihin liittyvää ammattiosaamista kouluissa on taas pyritty lisäämään esimerkiksi perustamalla psykiatristen hoitajien toimia (Rimpelä ym. 2010, 169). Psykiatriset hoitajat koettiin kertomuksissa terveydenhoitajia ammattitaitoisempina heidän erityisosaamisensa vuoksi, ja heidän kauttaan muodostui usein hoitosuhde myös vaativamman tason palveluihin. Toisaalta psykiatrisen hoitajan vähättelevä asenne esimerkiksi kiireestä tai resurssien puutteesta johtuen saattoi kuitenkin olla nuorelle entistä tuhoisampaa tämän luottaessa psykiatrisen hoitajan ammattitaitoon.

Mielenterveyshäiriöt aiheuttivat haasteita sosiaalisiin suhteisiin, ja psyykkinen oireilu näytti vaikuttavan merkittävimmin suhteisiin juuri vertaisten kanssa. Monet kaverisuhteet päättyivät ongelmien tullessa ilmi, mikä johti helposti mielen terveyden häiriöstä kärsivän henkilön syrjäytymiseen ja eristäytymiseen muista (vrt. Marttunen & Karlsson 2013; Kiviniemi 2008.) Kertomuksista välittyi ystävien kaipuu, mutta myös tahto olla yksin. Moseksen (2010) tutkimuksessa nuoret kokivat kohtaamisissa vertaisten kanssa epäluuloa, sääliä, pelkoa ja välttelyä, mikä koettiin omassa tutkielmassamme myös kiusaamisena. Koulukiusaamisen uhriksi joutumisella on havaittu yhteys psyykkiseen oireiluun (Kaltiala-Heino ym. 2010a; Marttunen & Karlsson 2013, 45–47; Kaltiala-Heino ym. 1999; Parikka ym. 2017, 20; Barker ym. 2008), ja kiusaaminen näytti olevan yhteydessä mielen terveyttä heikentävänä riskitekijänä jo ennen varsinaisen häiriön diagnosoin-

tia. Toisaalta kiusaaminen saattoi alkaa vasta ensimmäisten oireiden ilmettyä. Vaikutus sosiaalisiin suhteisiin ja kiusaamiseen näytti siis olevan kaksijakoinen; Muut nuoret välttelivät ja kiusasivat psyykkisesti oireilevaa nuorta tämän oireilusta johtuen, mutta toisaalta nuoret eivät itse jaksaneet ylläpitää suhteita toisiin voimakkaan väsymyksen tai leimautumisen pelon vuoksi. Joidenkin tutkimusten mukaan mielenterveyshäiriöillä on vahvempi yhteys kiusaamiseen kuin kiusatuksi tulemiseen (Barker ym. 2008; Kaltiala-Heino ym. 1999), mikä ei kuitenkaan näkynyt tutkielmassamme. Tähän saattaa vaikuttaa tutkimiemme nuorten sisäänpäin kääntynyt oireilu, jolloin esimerkiksi käytöshäiriöön liittyvää voimakasta aggressiivisuutta ei ilmennyt aineistossamme lainkaan. Nuorten kokemusten mukaan opettajat eivät osanneet joko puuttua kiusaamiseen tai he eivät havainneet sitä lainkaan, minkä vuoksi huomiota tulisikin keskittää kiusaamisen ehkäisyyn korjaavien toimenpiteiden sijaan.

Kaltiala-Heinon ja muiden (2010b) tutkimuksen mukaan mielenterveyshäiriöt eivät viittaa suoraan heikkoon koulumenestykseen, minkä havaitsimme myös omassa tutkielmassamme. Moni tutkittavista pärjasi kertomusten mukaan koulussa mainiosti ja usein keskivertoa paremmin, millä saattaa toisaalta olla yhteys epätavallisen älykkyyden lisäämään riskiin sairastua mielenterveyshäiriöihin (McCabe ym. 2010). Hyvä koulumenestys saattoi myös olla seurausta siitä, että sosiaalisiin suhteisiin liittyvien vaikeuksien vuoksi tutkittavat pyrkivät kompensoimaan vertaissuhteiden puutetta panostamalla koulutyöhön. Koulun panostaminen kuitenkin aiheutti osassa tapauksista kasvavia paineita nuorille, jolloin korkeiden arvosanojen tavoitteluun liittyi kielteinen noidankehä. Lähes kaikissa kertomuksissa korostettiin hyvää koulumenestystä, mikä saattaakin viitata edelleen mielenterveyshäiriöihin liittyvään stigmaan. Tällöin psyykkisestä oireilusta kärsivää nuorta pidetään outona, erilaisena tai hulluna, eikä hyvä koulumenestys sovi tähän kuvaan (mm. Barker 2001; Heiskanen ym. 2007; Moses 2010; Lepistö ym. 2010). Hyvällä koulumenestyksellä näytti olevan myös yhteyttä nuoren mahdollisuuksiin saada apua ongelmiinsa, sillä mikäli sairautta ei rinnastettu oppimisvaikeuksien kaltaiseen kyvyttömyyteen, opettajat eivät näyttäneet pitävän tuen järjestämistä välttämättömänä (vrt. Nor & Dakin 2006). Myös

Heathfield & Clark (2004) ovat päätyneet samansuuntaisiin tuloksiin, sillä heidän tutkimuksessaan tuelle ei nähty tarvetta silloin, kun se ei vaikuttanut merkittävästi oppimistuloksiin. Koska nuoret kokivat korkean opintomenestyksen ja arvosanojen ylläpitämisen raskaana ja se aiheutti heille mielenterveyshäiriöön vaikuttavia paineita, oikeanlainen tuki olisi kuitenkin ensisijaisen tärkeää myös silloin, kun mielenterveyshäiriö ei itsessään vaikuta koulumenestykseen negatiivisesti.

Koulumenestyksen sijaan mielenterveyshäiriöt vaikuttivat tutkittavien koulunkäyntiin toimintakyvyn heikkenemisen kautta, mikä oli yhteydessä runsaisiin koulupoissaoloihin. Koulupoissaoloilla on havaittu selkeä yhteys psyykkiseen oireiluun myös muissa tutkimuksissa (mm. Kaltiala-Heino ym. 2003; Halme ym. 2018, 29). Rikalan (2018) tutkimuksen mukaan nuoret keskeyttävät koulun useimmiten silloin, kun he eivät saa ongelmiinsa opettajien tukea tai oppilaitos koetaan joustamattomaksi, mitä omat tuloksemme tukevat. Tutkielmamme mukaan niissä tilanteissa, joissa nuori sai opintoihinsa oikeanlaista tukea ja erityisjärjestelyjä, hän pystyikin suorittamaan opintonsa loppuun. Toisaalta poissaoloista huolimatta koulunkäynti koettiin tärkeänä, mitä myös aiempi tutkimus tukee (Kiviniemi 2008, 75). Joustavat opetusratkaisut liittyivät usein sosiaalisiin tilanteisiin, jolloin nuoret kokivat esimerkiksi esitelmien pitämisen ainoastaan opettajalle tai niiden korvaamisen esseillä hyvinä ratkaisuna. Tällaiset itsenäiset suoritusmuodot voisivatkin toimia hyvinä vaihtoehtoina sisäänpäin oireileville nuorille, jotka kokevat ahdistusta erilaisissa sosiaalisissa tilanteissa, vaikkakin sosiaalisten taitojen, ongelmanratkaisutaitojen ja muiden työelämän vaatimuksiin liittyvien taitojen opettaminen jää sivuun.

Vanhempien rooli oli nuorten kertomuksissa ristiriitainen, sillä vanhemmat vaikuttivat omalla toiminnallaan joissain tapauksissa mielenterveyshäiriöiden syntyyn, mutta toisaalta hyvät suhteet perheeseen toimivat mielenterveyttä suojaavana tekijänä. Vanhemmat saattoivat joko auttaa nuorta ohjaamalla tätä hoitoon tai ehkäistä nuoren avun saantia salailemalla nuoren oireita tietoisesti tai tiedostamattomasti (vrt. Kiviniemi 2008, 77). Negatiiviset suhteet eivät näyttäneet sul-

kevan perheen positiivisia vaikutuksia pois, vaan perhe näyttäytyi kertomuksissa joko tukena ja turvana tai uhkana kontekstisidonnaisesti. Nuorten ongelmia voitaisiinkin ehkäistä lisäämällä sellaisia kodin ja koulun välisiä interventioita, jotka tukevat myös vanhemmuutta ja vanhemmuustaitoja. Kertomusten pohjalta kodin ja koulun välisen yhteistyön koettiin olevan näennäistä, eikä sillä ollut merkittävää vaikutusta kuntoutumisen kannalta. Nuoret painottivatkin mielenterveyshäiriöiden kehittämiseksi kouluissa koulun, terveydenhuollon ammattilaisten ja kodin välistä yhteistyötä (mm. Nuikka 2002), miksi moniammatillisen yhteistyön kehittämisen lisäksi koulun ja kodin välisen yhteistyön kehittäminen on ensisijaisen tärkeää.

Omasta mielenterveydestä puhutaan edelleen vähän ja se koetaan hyvin arkaluontoisena asiana. Sensitiivisen aiheesta tekee edelleen yhteiskunnallisella tasolla rakentuvat diskurssit sekä se, millaista hyväksyntää mielenterveys ja siihen liittyvät ongelmat julkisuudessa saa. Vaikka keskustelu mielenterveydestä ja mielenterveyden häiriöistä on entistä avoimempaa ja sallivampaa, arkipuheessa mielenterveydellä ja mielenterveyden häiriöillä on yhä negatiivinen kaiku ja ihmistä luokitteleva vaikutus. Mielenterveyden häiriön aiheuttaman stigman koetaan olevan vahva, sillä muiden ihmisten, kuten kavereiden ja kouluhenkilökunnan suhtautuminen koettiin kertomuksissa monesti negatiivisesti. Mielenterveyden häiriöstä aiheutuva käyttäytyminen näkyikin tutkimusten tuloksissa muun muassa henkilön haluttomuutena tai pelkona omien mielenterveyden häiriöistä johtuvien ongelmien kertomisessa tai näiden ongelmien laiminlyöntinä (Samargia ym. 2006; Vanheusden 2008). Nuorten ja heidän kanssaan toimivien aikuisten tietoisuuden lisääminen ja avoimen ilmapiirin luominen myös mielenterveyshäiriöihin liittyvän stigman vuoksi onkin tärkeää. Kun nuoret uskaltavat tuoda esiin ongelmiaan, opettajien tai nuoren vanhempien on helpompi ohjata nuorta hoitoon, jolloin ongelmiin voidaan puuttua jo varhaisessa vaiheessa ja näin ollen välttää nuoren ongelmien kriisiytyminen.

Tulostemme pohjalta koemme tärkeänä jatkaa ja syventää tutkimusta nuorten omista kokemuksista mielenterveyshäiriöihin liittyen. Kertomuksissa käsiteltiin

laajasti sitä, millaista tukea nuoret olisivat kaivanneet erityisesti opettajien taholta, ja tähän tulisikin kiinnittää huomiota tulevaisuudessa, sillä nuoriin kohdennetuissa interventioissa nuorten ääni on oleellisessa roolissa. Toisaalta tutkimustuloksemme herättivät myös kysymyksiä siitä, onko kertomuksissa käsiteltyjä ilmiöitä havaittavissa koulussa laajemmin ja miten psyykkisesti oireilevat nuoret kokevat muiden suhtautuvan heihin.

8.2 Luotettavuuden arviointi

Laadullisen tutkimuksen arvioinnissa on perusteltua käyttää validiteetin ja reliabiliteetin käsitteiden sijaan tulkinnallista prosessia kuvaavaa *validioinnin* käsitettä, sillä käsityksemme meitä ympäröivästä maailmasta perustuu kielen välityksellä tehtävään aikaan ja paikkaan sidoksissa olevaan tulkintaan, jolloin erilaisia tulkintoja voidaan tehdä jatkuvasti uudelleen (Heikkinen & Syrjälä 2006; Heikkinen 2010, 164). Tutkimuksen luotettavuuden kannalta onkin huomioitava, että tutkimuksemme fokus on tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden subjektiivisissa kokemuksissa, joita ei voida yleistää missään määrin koko Suomea koskevaksi ilmiöksi. Monissa kertomuksissa kuvatuissa konflikteissa käsitellään tilanteita vain yhdestä, oppilaan näkökulmasta, jolloin tutkijoiden on lähes mahdotonta saada ja toisintaa realistista kuvaa asioiden todellisesta luonteesta. Tuloksissa oli kuitenkin samankaltaisuuksia ja uskomme, että tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden subjektiiviset kokemukset ovat aitoja. Siksi on mielestämme hälyttävää, että kertomuksissa painottuivat toisiaan hyvin samoin kuvaavat negatiiviset koulukokemukset. Validioinnin käsitteen perustellun käytön vuoksi olemmekin arvioineet omaa tutkielmaamme Heikkisen (2010, 164) viiden validiointiperiaatteen mukaan, joita ovat *jatkuvuuden*, *refleksiivisyyden*, *dialektisuuden*, *toimivuuden* ja *havahduttavuuden periaatteet*.

Olemme tarkastelleet historiallisen jatkuvuuden periaatetta kertomuksen teorian ja toiminnan juonellistamisen näkökulmista (Heikkinen 2006, 150). Historiallinen jatkuvuus tulee esiin sekä mielenterveyshäiriöiden että mielenterveyden edis-

tämisen käsitteiden kautta, ja se, miten mielenterveyshäiriöistä kärsineet nuoret kokevat mielenterveyden häiriöiden vaikutukset heidän elämäänsä ja kertovat siitä, on osa kulttuurista historiaa. Koska mielenterveyden edistämiseen kouluissa vaikuttavat koulun henkilökunnan asenteet, tiedot ja taidot, yhteiskunnan arvot ja lainsäädäntö, sekä se, miten mielenterveys ja mielenterveyshäiriöiden käsitteet ymmärretään, olemme käsitelleet tutkielmamme teoriaosuudessa myös näitä seikkoja. Toiminnan juonellistaminen tulee taas esiin tutkielmamme rakenteessa, josta erottuvat sen alku, keskikohta ja loppu. Kerromme tutkittavien kokemuksista ajallisesti lineaarisesti, jolloin käsittelemme ensin mielenterveyden häiriöiden ja psyykkisen oireilun vaikutuksia sosiaalisiin suhteisiin ja koulunkäyntiin, ja päädymme lopulta käsittelemään nuorten hoitoon pääsyä ja sen vaikutuksia heidän tulevaisuuden odotuksiinsa.

Reflektiivisyyden periaate tarkoittaa tutkijan oman roolin pohdintaa ja arviointia koko tutkimusprosessin läpi (Heikkinen 2006, 152). Olemme ottaneet huomioon myös omat arvolähtökohtamme, joiden pohjalta teemme valintoja aineiston analyysissä ja ymmärrämme käsittelemiämme ilmiöitä (Hirsjärvi ym. 2003, 152, 154–155). Olemme kokeneet yhteistyön tutkielmamme luotettavuutta lisäävänä asiana, sillä yhden tutkijan sijaan saimme etenkin aineiston analyysivaiheessa kaksi erilaista tulkintaa, joiden pohjalta muodostimme lopulliset tuloksemme. Olemme arvioineet mielenterveyshäiriöihin liittyviä olettamuksiamme sekä arvojamme tutkimusprosessin edetessä. Tutkimusprosessimme alkuvaiheessa olemme julkisen keskustelun pohjalta mielenterveyshäiriöiden määrän kasvaneen jatkuvasti, mutta aiempaan tutkimukseen perehdyttyämme huomasimme, että muutos mielenterveyshäiriöiden määrässä kuvasikin niiden esiintyvyyden kasvun sijaan muutosta hoitoon pääsyssä, minkä lisäksi monihäiriöisyys ja oman aktiivisuuden vaade hoitoon pääsemiseksi yllätti meidät tutkimusprosessimme aikana. Toisaalta meillä ei ole omakohtaisia kokemuksia mielenterveyshäiriöiden vaikutuksista nuorten elämään, joka on saattanut kaventaa omaa tulkintaamme aiheesta, kuten erään tutkittavan kertomuksesta kävi ilmi: *Toki nyttemmin olen pyrkinyt ongelmiani [ystävilleni] avaamaan, mutta on vaikea selittää ihmiselle syömishäiriön vaikeuksia, kun hän ei sitä itse ole kokenut.*

Dialektisuuden periaatteella tarkoitetaan tutkimuksen rakentumista väitteiden ja vastaväitteiden synteessinä (Heikkinen 2006, 154–155), minkä vuoksi luotettavassa tutkimuksessa käsitellään kattavasti erilaisia näkökulmia. Olemme pyrkineet tutkimuksessamme käsittelemään mielenterveyttä ja mielenterveyden edistämistä kouluissa aiemman tutkimuksen pohjalta kaikkien koulun eri toimijoiden, lääketieteen ja lainsäädännön näkökulmista. Toisaalta nuorten mielenterveyshäiriöihin liittyvä tutkimus on ollut vähäisempää, minkä vuoksi koimme moniäänisyyden esiintuomisen paikoitellen haastavaksi, ja häiriöiden lääketieteellinen näkökulma korostuu etenkin tarkastellessamme mielenterveyshäiriöiden ja positiivisen mielenterveyden käsitteitä. Tutkielmamme teoreettisen taustan moniäänisyyden lisäksi olemme pyrkineet analysoimaan tutkielmamme tuloksia niin, että tutkittavien ääni ja näkökulma näkyvän tuloksissamme.

Toimivuuden näkökulmasta tutkimuksen luotettavuutta arvoidaan sen käytännön vaikutuksilla (Heikkinen 2006, 156). Tutkielmamme koostuu niiden nuorten äänistä, jotka ovat kärsineet mielenterveyshäiriöistä opintojensa aikana. Mielenterveyshäiriöt ovat yleisin koululaisten terveysongelma, joten tutkielmamme aihe koskettaa monia nuoria oppilaita ja opiskelijoita. Olemme pyrkineet herättämään keskustelua näiden nuorten kokemuksista siitä, miten häiriöt ovat vaikuttaneet heidän arkeensa ja millaisena he ovat kokeneet koulun ilmapiirin mielenterveyshäiriöiden suhteen, jotta nuorten oireilua tunnistettaisiin ja koulun mielenterveyspalveluja kehitettäisiin nuorten kokemusten pohjalta. Tutkielmamme on kuitenkin vain pintaraapaisu nuorten kokemuksista, ja voidaksemme tutkia kokemuksia syvällisemmin, olisimme toivoneet voivamme toteuttaa aineistonkeruun haastatteluin. Narratiivisella tutkimuksella voidaan nähdä myös lukijaa koskettavia ja havahduttavia taiteellisia kriteerejä (Patton 2002, 578), minkä vuoksi olemme pyrkineet tuomaan esiin tutkittavien äänen mahdollisimman todentuntuisesti elävällä ja havahduttavalla raportoinnilla.

Olemme pohtineet tutkielmamme luotettavuutta myös aineistonkeruun ja tutkimukseen valikoituneiden henkilöiden näkökulmasta. Tutkielmamme luotettavuutta lisää tutkittavien sattumanvarainen valikoituminen ja tutkielmamme va-

paahtoisuus, mutta toisaalta tutkielmaamme osallistuminen vaati henkilöltä mahdollisuutta niiden sosiaalisen median kanavavien seuraamiseen, jossa julkaisimme tutkimuspyyntöme. Olemme perustelleet aineistonkeruutapaamme sen tavoittavuudella, sillä julkaisimme kirjoituspyyntöme alustoilla, jotka tavoittavat tuhansia ihmisiä päivittäin. Vaikka sosiaalisen median käyttö avaa mahdollisuuksia esimerkiksi aineistonkeruulle, voidaan sitä kuitenkin kritisoida myös epätieteellisenä ja rajoittavana. Internetin käyttämisen lisäksi kertomuksen kirjoittaminen vaati henkilöltä oma-aloitteisuutta ja aktiivisuutta, mikä merkitsi sitä, ettei mielenterveyden häiriö rajoittanut tutkittavia kirjoittamasta omista kokemuksistaan. Tutkimuksen sensitiivisistä aiheesta johtuen jotkin kokemukset voivat olla myös henkilökohtaisesti liian raskaita käsitellä, jolloin niistä ei haluta kertoa ja ne saattavat vaikuttaa tuloksiimme. Tutkielmamme otos muodostui lisäksi iältään sekä nuorista että jo aikuisista henkilöistä, mikä voi vaikuttaa kertomuksien luonteeseen ja tutkimuksen tuloksiin heijastelemalla kunkin ajan tyyppisiä käyttäytymismalleja sekä suhtautumista mielenterveyteen ja sen häiriöihin. Tutkittavat reflektoivat omia kokemuksiaan kuitenkin monipuolisesti riippumatta siitä, miten kauan heidän koulukokemuksistaan oli aikaa emmekä havainneet suuria eroja siinä, miten häiriöihin olisi suhtauduttu.

Lähteet

Aaltonen, S., Berg, P. & Ikäheimo, S. (2015). Nuoret luukulla. Kolme näkökulmaa syrjäytymiseen ja nuorten asemaan palvelujärjestelmässä. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Tutkimuksesta tiiviisti 2015:3.

Aalto-Setälä, T. & Marttunen, M. (2011). Mielenterveyshäiriöiden esiintyvyys nuorilla ja nuorilla aikuisilla. Kunttu, K., Komulainen, A., Makkonen, K. & Pynnönen, P. (toim.) Opiskeluterveys. Helsinki: Duodecim, 278–282.

Aho, A. L. & Kylmä, J. (2012). Sensitiivinen tutkimusaihe ja tutkimusmetodiikka. Hoitotiede 24:4, 271–280.

Aittola, T. & V. Raiskila (1995) Jälkisanat. Teoksessa: P. L. Berger & T. Luckmann To-dellisuuden sosiaalinen rakentuminen. Tiedon sosiologinen tutkielma. Suomentanut ja toimittanut V. Raiskila. Helsinki: Gaudeamus.

Aromaa A, Koskinen S, toim. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002. Helsinki 2002. Terveys 2000. Luettu: 24.2.2019. Saatavilla: <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/78355/b3.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Atkinson, R. (2007). The life story interview as a bridge in narrative inquiry. Teoksessa D. J. Clandinin (toim.) Handbook of narrative inquiry. Mapping a methodology. Thousand Oaks: Sage Publications, 224–245.

Barker, P. (2001). The tidal model: Developing an empowering, person-centred approach to recovery within psychiatric and mental health nursing. Journal of psychiatric and Mental Health Nursing 8, 233–240.

Barker, E. D., Arseneault, L., Brengden, M., Fontaine, N. & Maughan, B. (2008). Joint development of bullying and victimisation in adolescence: relations to delinquency and self-harm. Journal of the american academy of child & adolescent psychiatry. 47. 1030–8.

Barry, M & Jenkins, R. (2007). Implementing mental health promotion. New York: Churchill Livingstone.

Blanco, C., Okuda, M., Wright, C., Hasin, D.S., Grant, B.F., Liu, S-M. & Olfson, M. (2008). Mental health of college students and their non-college-attending peers. Results from the national epidemiologic study on alcohol and related conditions. *Archives of General Psychiatry* 65(12), 1429–37.

Blomberg, S. (2008). *Noviisiopettajana peruskoulussa. Aloittelevien opettajien autenttisia kokemuksia ensimmäisestä opettajavuodesta.* Helsinki: Helsingin yliopisto.

Bold, C. (2012). *Using narrative in research.* London: Sage.

Bor, W. & Dakin, J. (2006). Education system discrimination against children with mental disorders. *Australasian Psychiatry* 16, 9–18.

Bruner, J. (1986). *Actual minds, possible worlds.* Cambridge; MA: Harvard University Press.

Bruner, J. (1987). Life as Narrative. *Social Research* 54 (1), 11–32.

Burke, J., Loeber, R. & Birmaher, B. (2002). Oppositional defiant disorder and conduct disorder: a review of the past 10 years. Part II. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*. 41. 1200–10.

Burns, J., & Rapee, R. (2006). Adolescent mental health literacy: Young people's knowledge of depression and help seeking. *Journal of Adolescence*, 29, 225–239.

Castaneda, A., Mäki-opas, J., Jokela, S., Kivi, N., Lähteenmäki, M., Miettinen, T., Nieminen, S. & Santalahti, P. (2018). *Pakolaisten mielenterveyden tukeminen Suomessa.* Paloma-Käsikirja. Helsinki: THL.

Charman, D., Harms, C. & Myles-Pallister, J. (2010). Help and e-help — young people's perspectives of mental healthcare. *Australian Family Physician* 39(9), 663–65.

Dadi, Y. & Raevuori, A. (2013). *Syömishäiriöt.* Teoksessa M. Marttunen, T. Huurre, T. Strandholm & R. Viialainen (toim.) *Nuorten mielenterveyshäiriöt: Opas nuorten parissa työskenteleville aikuisille.* Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus, 61–78.

Dashiff, C., DiMicco, W., Myers, B. & Sheppard, K. (2009). Poverty and adolescent mental health. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing* 22(1), 23–32.

Davidson, L.M., Demaray, M.K., Malecki, C.K., Ellonen, N. & Korkiamäki, R. (2008). United States and Finnish Adolescents' Perceptions of Social Support: A Cross-Cultural Analysis. *Journal of School Psychology* 29, 363–75.

Dods, J. (2013). Enhancing understanding of the nature of supportive school-based relationship for youth who have experienced trauma. *Canadian Journal of Education* 36(1), 71–95.

Dowdy, E., Furlong, M.J. & Sharkey, J.D. (2013). Using surveillance of mental health to increase understanding of youth involvement in high-risk behaviors: A value-added analysis. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders* 21(1), 33–44.

Ellonen, N. (2008). Kasvuyhteisö nuorten turvana. Sosiaalisen pääoman yhteys nuorten masentuneisuuteen ja rikekäyttämiseen. Tampere: Tampereen yliopisto.

Eskola, J. & Suoranta, J. (2000). Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 4. painos. Jyväskylä: Gummerus.

Farrand, P., Parker, M. & Lee, C. (2007). Intention of adolescents to seek professional help for emotional and behavioural difficulties. *Health and Social Care in the Community* 15, 464–73.

Fekkes, M., Pijpers, F., Fredriks, A., Vogels, T. & Verloove-Vanhorick, S. (2006.) Do bullied children get ill, or do ill children get bullied? A prospective cohort study on the relationship between bullying and health-related symptoms. *Pediatrics*. 117. 1568–74.

Flay, B.R. (2002). Positive youth development requires comprehensive health promotion programs. *American Journal of Health Behavior* 26(6), 407–424.

Flinck, A. & Paavilainen, E. (2009). Pettymysten ja piinan parisuhde — naisten ja miesten kokemuksia parisuhdeväkivaltaan johtavista tekijöistä. *Hoitotiede* 21:3, 196–206.

Frosch, E., Mculloch, J., Yoon, Y. & dos Reis, S. (2011). Pediatric emergency consultations: prior mental health service in suicidal attempters. *The Journal of Behavioral Health Services & Research* 38(1), 68–79.

Fröjd, S., Nissinen, E., Pelkonen, M., Marttunen, M., Koivisto A-M. & Kaltiala-Heino, R. (2008). Depression and school performance in middle adolescent boys and girls. *Journal of Adolescence* 31, 485–98.

Gergen, K. J. (2009). *An invitation to social construction*. 2. Painos. London: Sage.

Giannakopoulos, G., Kazantzi, M., Dimitrakaki, C., Tsiantis, J., Kolaitis, G., & Tountas, Y. (2009). Screening for children's depression symptoms in Greece: The use of the Children's depression Inventory in a nation-wide school-based sample. *European Child & Adolescent Psychiatry* 18(8), 485–93.

Gini, G. (2008). Associations between bullying behaviour, psychosomatic complaints, emotional and behavioural problems. *Journal of Pediatrics and Child Health* 44(9), 492–97.

Gould, C. & Eldestein, B. (2010). Worry, emotion control and anxiety in older and young adults. *Journal of Anxiety Disorders* 24, 759–66.

Gubrium J. F., Holstein J. A. (2008). *Narrative ethnography*. Teoksessa: S. Nagy Hesse-Biber (toim.) & P. Leavy. *Handbook of emergent methods*. London/New York: The Guilford Press, 241–264.

Gyllenberg D., Marttunen M. & Sourander A. (2016). Psykiatrisen hoidon tarve. Teoksessa K. Kumpulainen, E. Aronen, H. Ebeling, E. Laukkanen, M. Marttunen, K. Puura, & A. Sourander, *Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria* (1. painos.). Helsinki: Duodecim, 124–127.

Haarasilta, L. (2003). Major depressive episode in adolescent and young adults — a nationwide epidemiological survey. *Kansanterveyslaitoksen julkaisu A 14/2003*. Helsinki: Hakapaino.

Hansen, C., Sanders, S., Massaro, S. & Last, C. (1998). Predictors of severity of absenteeism in children with anxiety-based school refusal. *Journal of Clinical Child Psychology* 27, 246–54.

Haravuori, H., Suomalainen, L. & Marttunen, M. (2010). Jokelan ja Kauhajoen nuorten psyykkinen hyvinvointi — miten nuoret voivat tänään. *Duodecim* 126, 2661–68.

Haravuori, H., Muinonen, E., Kanste, O., Marttunen, M. (2016) Mielenterveys- ja päihdetyön menetelmät opiskeluterveydenhuollossa. Opas arviointiin, hoitoon ja käytäntöihin. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Ohjaus 20/2016.

Harel-Fisch, Y., Walsh, S.D., Fogel-Grinvald, H., Amitai G., Pickett, W., Molcho, M., Due, P., de Matos M.G. & Craig, W. (2011). Negative school perceptions and involvement in school bullying: a universal relationship across 40 countries. *Journal of Adolescence* 34(4), 639–652.

Harpham, T., Snoxell, S., Grant, E. & Rodriguez, C. (2005). Common mental disorders in a young urban population in Colombia. *British Journal of Psychiatry* 187(2), 161–67.

Heathfield, L.T. & Clark, E. (2004). Shifting from categories to services: Comprehensive school-based mental health for children with emotional disturbance and social maladjustment. *Psychology in the Schools* 41(8), 911–20.

Heikkinen, H. L. T. (2002). Whatever is narrative research? Teoksessa R. Huttunen, H. L. T. Heikkinen & L. Syrjälä (toim.) *Narrative research. Voices of teachers and philosophers*. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, 13–28

Heikkinen, H. L. T., & Syrjälä, L. (2006.) Tutkimuksen arviointi. Teoksessa H. L. T. Heikkinen, E. Roivio & L. Syrjälä (toim.) *Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat*. Helsinki: Kansanvalistuseura, 144-162.

Heikkinen, H. L. T. (2010.) Narratiivinen tutkimus – todellisuus kertomuksena. Teoksessa J. Aaltola & R. Valli (toim.) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin*. 3. uudistettu ja täydennetty painos. Jyväskylä: PS-Kustannus, 143–159.

Heikkinen-Peltonen, R., Virta, M. & Innamaa, M. (2008). *Mieli ja terveys*. Helsinki: Edita.

Heiskanen, T., Sassi, P. & Salonen, K. (2006). *Mielenterveyden ensiapukirja*. Helsinki: SMS-tuotanto.

Hietala, T., Kaltiainen, T., Metsärinne, U. & Vanhala, E. (2010). *Nuori ja mieli — koulu mielenterveyden tukena*. Helsinki: Tammi.

Hirsjärvi, S., Remes, P., & Sajavaara, P. 2003. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Honkanen, H. (2008). Perheen riskiolot neuvolatyön kontekstissa. Näkökulmana mielenterveyden edistäminen. Kuopio: Kuopion yliopisto.

Honkanen, M., Moilanen, I., Taanila, A., Tuula Hurtig, T. & Koivumaa-Honkanen, H. (2010). Luokanopettaja lapsen mielenterveyden edistäjänä ja ennustajana. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 126(3), 277–82.

Hootman, J. & King, M. (2003). Increased mental health needs and new roles in school communities. Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing 16(3), 277–82.

Hunt, J. & Eisenberg, D. (2010). Mental health problems and help-seeking behavior among college students. Journal of Adolescent Health 46, 3–10.

Hyvärinen, M. & Löyttyniemi, V. (2005). Kerronnallinen haastattelu. Teoksessa: J. Ruusuvuori & L. Tiittula (toim.) Haastattelu — tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Tampere: Vastapaino, 189–222.

Hämäläinen, K., Pirskanen H. & Rautio, S. (2014). Sensitiiviset perheaiheet haastattelututkimuksessa — eettiset haasteet, perhesalaisuudet ja interventioiden mahdollisuus. Janus 22:1, 53–68.

Hänninen, V. (1999). Sisäinen tarina, elämä ja muutos. Tampere: Tampereen yliopisto.

Hänninen, V. (2010). Narratiivisen tutkimuksen käytäntöjä. Teoksessa J. Aaltola & R. Valli (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Jyväskylä: PS-Kustannus, 160–178.

ICD-10 tautiluokitus (2011). Luokitukset, termistöt ja tilasto-ohjeet. 3. painos. Mikkeli: Terveystieteiden tutkimuskeskus. Luettu 22.1.2019. Saatavilla: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085423>

Juvonen, J., Graham, S. & Schuster M.A. (2003). Bullying among young adolescents: the strong, the weak and the troubled. Pediatrics 112, 1231–37.

Kaltiala-Heino, R. & Rimpelä, A. (1999). Are mental health promotion and prevention of mental health disorders in adolescence worthwhile. Psychiatria Fennica 30, 225–243.

Kaltiala-Heino, R., Rimpelä, M., Marttunen, M., Rimpelä, A. & Rantanen, P. (1999). Bullying, depression, and suicidal ideation in Finnish adolescents: school survey. *BMJ*, 319, 348–51.

Kaltiala-Heino, R., Rimpelä M., Rantanen, P. & Laippala, P. (2001). Adolescent depression: the role of discontinuities in life course and social support. *Journal of Affective Disorders* 64, 155–166.

Kaltiala-Heino, R., Kilkku, N., Poutanen, P. & Rimpelä, M. (2003). Runsaiden koulu-poissaolojen yhteys mielenterveysongelmiin yläasteikäisillä. *Suomalainen Lääkärilehti*, 58. 1677–83.

Kaltiala-Heino, R., Frjöd, S. & Marttunen, M. (2010a). Involvement in bullying and depression in a 2-year follow-up in middle adolescence. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 19. 45–55.

Kaltiala-Heino, R., Klaus, R. & Frjöd, S. (2010b). Nuorten mielenterveys koulumaailmassa. *Duodecim*, 126. 2033–39.

Kanste, O., Haravuori, H., Kolimaa, M., Vormaa, H., Fgerldund-Jalokinos, S., Suvisaari, J., Muinonen, E. & Marttunen, M. (2016). Mielenterveys- ja päihdetyö opiskeluterveydenhuollossa. *Palvelut, menetelmät ja yhteistyö*. Tampere: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Työpaperi 2016:19.

Karlsson, L. (2013). Aktiivisuuden ja tarkkaavaisuuden häiriö (ADHD). Teoksessa M. Marttunen, T. Huurre, T. Strandholm & R. Viialainen (toim.) *Nuorten mielenterveyshäiriöt: Opas nuorten parissa työskenteleville aikuisille*. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos, 79–96.

Kataoka, S.H., Rowan, B. & Hoagwood, K.E. (2009). Bridging the divide: in search of common ground in mental health and education research and policy. *Psychiatric Services* 60(11), 1510–5.

Kauppinen, T., Koivu, A. & Nissinen, A. (2004). Nuorten kokemukset lähisuhteista ja saamastaan tuesta yläastevuosien aikana. *Nuorisotutkimus* 3, 20–32.

Kidger, J., Donovan, J.L., Biddle, L., Campbell, R. & Gunnell, D. (2009). Supporting adolescent emotional health in schools: a mixed methods study of student and staff views in England. *BMC Public Health* 9(403), 9–403.

Kim, Y.S., Leventhal, B., Koh, Y-J., Hubbard, A. & Boyce, T. (2006). School bullying and youth violence. Causes and consequences of psychopathologic behavior? *Archives of General Psychiatry*, 63. 1035–41.

King, N., Tonge, B., Heyne, D., Pritchard, M., Rollings, S., Young, D., Myerson, N. & Ollendick, T. H. (1998). Cognitive-behavioral treatment of school-refusing children: A controlled evaluation. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37. 395–403.

Kinnunen, P. (2011). Nuoruudesta kohti aikuisuutta - Varhaisaikuisen mielenterveys ja siihen yhteydessä olevat ennakoivat tekijät. Tampere: Tampereen yliopisto.

Kiviniemi, L. (2008). Psykiatrisessa hoidossa olleen nuoren aikuisen kokemuksia elämästään ja elämää eteenpäin vievistä asioista. Kuopio: Kuopion yliopisto.

Kobau, R., Seligman, M.E.P., Peterson, C., Diener, E., Zack, M.M., Chapman, D. & Thomson, W. (2011). Mental health promotion in public health: Perspectives and strategies from positive psychology. *American Journal of Public Health* 101(8), e1–e9.

Konu, A.I. & Lintonen, T.P. (2006). School well-being in grades 4–12. *Health Education research* 21(5), 633–642.

Kokko, T., Pesonen, H., Polet, J., Kontu, E., Ojala, T. & Pirttimaa, R. (2014). Erityinen tuki perustopetuksen oppilaille, joilla tuen tarpeen taustalla on vakavia psyykkisiä ongelmia, kehitysvamma- tai autismin kirjon diagnoosi. VETURI-hankkeen kartoitus 2013.

Korhonen, T., van Leeuwen, P., Reijneveld, S.A., Ormel, J., Verhulst, F.C. & Huizink A.C. (2010). Externalizing behavior problems and cigarette smoking as predictors of cannabis use: the trails study. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 49(1), 61–69.

Kracke, B. (2002). The role of personality, parents and peers in adolescents' career exploration. *Journal of Adolescence*. 25, 19–34.

Kulmala, A. (2006). Kerrottuja kokemuksia leimatusta identiteetistä ja toiseudesta. Tampere: Tampere University Press.

Kunttu, K. & Pesonen, T. (2012) Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimus 2012. Helsinki: Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön tutkimuksia 47.

Kuorilehto R. & Paasivaara, L. (2008). Voimavarainen terveydenhoitaja lapsiperheiden tukena. Tutkiva hoitotyö 6, 11–17.

Kuronen, I. (2010). Peruskoulusta elämänkouluun — ammatillisesta koulutuksesta syrjäytymisvaarassa olevien nuorten aikuisten tarinoita peruskoulusuhteesta ja elämänkoulusta peruskoulun jälkeen. Koulutuksen tutkimuslaitoksen sarja, tutkimuksia 26. Jyväskylän yliopisto.

Kääriä, H., Mäki, P., Leinonen, A., Hakulinen-Viitanen, T., Laatikainen, T. & OPTE-työryhmä. (2011). Ammattikorkeakoulujen opiskeluterveydenhuollon terveystarkastuskäytännöt, työtavat ja -ympäristöt. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 2011:19.

Labov, W. & Waletzky, J. (1967). Narrative analysis. Oral versions of personal experience. Teoksessa J. Helm (toim.) Essays on the verbal and visual arts. Seattle: University of Washington press. 12–44.

Lahelma, E. (2001). Health and social stratification. Teoksessa: W. Cockerham (toim.). The Blackwell companion to medical sociology. Oxford: Blackwell Publishing. 64–93.

Lauber, C. & Rössler, W. (2007). Stigma towards people with mental illness in development countries in Asia. International Review of Psychiatry 19(2), 157–178.

Laukkanen, E., Koskinen-Ollonqvist, P., Rouvinen-Wilenius, P. & Tuominen, P. (2003). Muutos ja mahdollisuus — Terveyden edistämisen tutkimuksen arviointi. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen selvityksiä 2003: 15. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Laukkanen, E., Hintikka, J.J., Kylmä, J., Kekkonen, V. & Marttunen, M. (2010). A brief intervention is sufficient for many adolescents seeking help from low threshold adolescent psychiatric services. BMC Health Service Research 6(10).

Lehtinen, V. (2008). Building up good mental health: Guidelines based on existing knowledge. Helsinki: Stakes.

Lehto-Salo, P. (2011). Koulukotisijoitus — nuoren toinen mahdollisuus? Mielenterveyden häiriöiden, oppimisvaikeuksien ja perheongelmien kirjo kehittämishaasteena. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.

Leinonen, A., Mäki, P., Kääriä, H., Koponen, P., Hakulinen-Viitanen, T. & Laatikainen, T. (2010). Lukioiden ja ammatillisten oppilaitosten opiskeluterveydenhuollon terveystarkastuskäytännöt, työtavat ja -ympäristöt. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 2010:21.

Lepistö, S., Åstedt-Kurki, P., Joronen, K., Luukkaala, T. & Paavilainen, E. (2010). Adolescents' experiences of coping with domestic violence. *Journal of Advanced Nursing* 66(6), 1232–45.

Luukkonen, A.-H., Räsänen, P., Hakko, H., Riala, K. & Study-70 Workgroup. (2010). Bullying behavior in relation to psychiatric disorders and physical health among adolescents: A clinical cohort of 508 underage inpatient adolescents in Northern Finland. *Psychiatry Research*, 178. 166–170.

Luukkonen, P. (2014). DSM-5: merkkisysteeminen diagnostiikka. DSM-5-sarja 1. Helsinki: Psykopatologia.

MacCabe, J.H., Lambe, M.P., Cnattingius, S., Sham, P.C., David, A.S., Reichenberg, A., Murray, R.M. & Hultman, C.M. (2010). Excellent school performance at age 16 and risk of adult bipolar disorder: national cohort study. *The British Journal of Psychiatry* 196(2), 109–115.

Malecki, C.M. & Demaray, M.K. (2002). Measuring perceived social support: Development of the Child and Adolescent Social Support Scale. *Psychology in the Schools* 39, 1–18.

Manninen, M. (2013). Koulukotiin sijoitettujen nuorten psykiatrinen oirekuva ja ennuste. Helsinki: Helsingin yliopisto. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 112.

Markey, C.N. (2010). Invited commentary: why body image is important to adolescent development. *Journal of Youth & Adolescence* 39, 1387–91.

Mayers, P., Keet, N., Winkler, G. & Flisher, A.J. (2010). Mental health service user's perceptions and experiences of sedation, seclusion and restraint. *The International Journal of Social Psychiatry* 56(1), 60–73.

Marttunen, M. & Karlsson, L. (2013). Nuoruus ja mielenterveys. Teoksessa M. Marttunen, T. Huurre, T. Strandholm & R. Viialainen (toim.) *Nuorten mielenterveyshäiriöt: Opas nuorten parissa työskenteleville aikuisille*. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 7–16.

Marttunen, M. & Karlsson, L. (2013). Masennusoireilu ja masennustilat. Teoksessa M. Marttunen, T. Huurre, T. Strandholm & R. Viialainen (toim.) *Nuorten mielenterveyshäiriöt: Opas nuorten parissa työskenteleville aikuisille*. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 41–60.

McDowell, B., Moser, D., Fernyhough, K., Bowers, W., Andersen, A. & Paulsen, J. (2003). Cognitive impairment in anorexia nervosa is not due to depressed mood. *International Journal of Eating Disorders*, 33. 351–5.

McEvoy, A. & Welker, R., (2000). Antisocial behavior, academic failure, and school climate: a critical review. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 8. 130–40.

McKenzie, M., Olsson, C.A., Jorm, A.F., Romaniuk, H. & Paton, G.C. (2010). Association of adolescent symptoms of depression and anxiety with daily smoking and nicotine dependence in young adulthood: findings from a 10-year longitudinal study. *Addiction* 105(9), 1652–59.

Mellin, E.A., Bronstein, L.R., Anderson-Butcher, D., Amorose, A., Ball, A. & Green, J.H. (2010). Measuring interprofessional collaboration in expanded school mental health: Mode refinement and scale development. *Journal on Interprofessional Care* 24(5), 514–523.

Membride, H., McFayden, J. & Atkinson, J. (2015). The challenge of meeting children's mental health needs. *British Journal of School Nursing* 10(1), 21–24.

Miles, M. B. & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis. An expanded source book*. 2nd edition. California: Sage.

Mikkonen, K., Nikander, K & Voutilainen, A. (2015). Koulun ja terveydenhuollon keinot oppimisvaikeuksien tunnistamisessa ja hoidossa. *Suomen Lääkärilehti* 70(12). 801–807.

Minkkinen, J. (2015). Lapsen hyvinvointimalli. Lasten emotionaalinen hyvinvointi ja sosiaaliset suhteet alakoulussa. Tampereen yliopisto. *Acta Universitatis Tamperensis* 2063. Väitöskirja.

Moberg, S. & Savolainen, H. (2015). Kehityksen nykytila. Teoksessa S. Moberg, K. Hautamäki, J. Kivirauma, U. Lahtinen, H. Savolainen & S. Vehmas (toim.). *Erityispedagogiikan perusteet*. 3p. Jyväskylä: PS-kustannus, 90–99.

Moring, J., Martins, A., Partanen, A., Bergman, V., Nordling, E. & Nevalainen, V. (2011). Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Toimeenpanosta käytäntöön 2010. Tampere: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 2011:6.

Moses, T. 2010. Being treated differently: Stigma experiences with family, peers, and school staff among adolescents with mental health disorders. *Social Science & Medicine* 70, 985–993.

Mukoma, W. & Fisher, A.J. (2004). Evaluations of health promoting schools: a review of nine studies. *Health promotion International* 19(3), 457–468.

Murry, V.M., Heflinger, C.A., Suiter, S.V. & Brody, G.H. (2011). Examining perceptions about mental health care and help-seeking among rural African American families of adolescents. *Journal of Youth and Adolescence* 40(9), 1118–31.

Mäenpää, T., Paavilainen E. & Åsted-Kurki, P. (2008). Kouluterveydenhuolto ja alakoulun oppilas — terveydenhoitajien näkemyksiä yhteistyöstä. *Tutkiva hoitotyö* 6(1), 25–30.

Noam, G. & Hermann, C. (2002). Where education and mental health meet: Developmental prevention and early intervention in schools. *Development and Psychopathology* 4, 861–75.

Nuikka, M-L. (2002). Sairaanhoidtajien kuormittuminen hoitotilanteissa. Tampere: Tampereen yliopisto.

O'Connor, R.C., Rasmussen, R., Miles, J. & Hawton, K. (2009). Self-harm in adolescents: self-report survey in schools in Scotland. *The British Journal of Psychiatry* 194(1), 68–72.

Offer, D., Ostrov, E., Howard, K. & Atkinson, R. (1990). Normality and adolescence. *Psychiatric Clinics of North America* 13, 377–388.

O'Neill, J.M., Clark, J.K & Jones, J.A. (2011). Promoting mental health and preventing substance abuse and violence in elementary students: a randomized control study of the Michigan Model for Health. *Journal of School Health* 81(6), 320–330.

Ojala, T. (2017). Kun perusopetuksen oppilaat oireilevat psyykkisesti - Opettajien kokemuksia. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.

Oppilas- ja opiskelijahuoltolaki 1287/2013. Annettu Helsingissä 30.12.2013. Luettu: 22.2.2019. Saatavilla: <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2013/20131287>

von der Pahlen, B. & Marttunen, M. (2013). Käytöshäiriöt. Teoksessa M. Marttunen, T. Huurre, T. Strandholm & R. Viialainen (toim.) Nuorten mielenterveyshäiriöt: Opas nuorten parissa työskenteleville aikuisille. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus, 97–108.

Paniagua, F. A. (2018). ICD-10 Versus DSM-5 on Cultural Issues. *SAGE open*. Luettu: 22.1.2019. Saatavilla: <https://doi.org/10.1177/2158244018756165>

Parikka, J., Halonen-Malliarakis, N. & Puustjärvi, A. Vaikeudesta voimaksi. Neuropsykiatriset häiriöt ja niiden huomioiminen koulussa. Helsinki: Finn Lectura.

Patton, M. 2002. Qualitative Research and Evaluation methods. London: Sage.

Pelkonen, M., Marttunen, M. & Aro, H. (2003). Risk of depression: a 6-year follow-up of Finnish adolescents. *Journal of Affective Disorders* 77(1), 41–51.

Perttula, J. (1999). Mitä opettajuus on? Ydinkysymyksiä ja vastausten alkuja. Teoksessa P. Räsänen, J. Arikoski, P. Mäntynen & J. Perttula, Opettajuuden psykologia. (2. korjattu ja uudistettu painos.). Jyväskylä: Julkishallinnon koulutuskeskus. 12–61.

Perusopetuksen opetussuunnitelman perusteet 2014. Opetushallitus. Luettu: 22.2.2019. Saatavilla: https://www.oph.fi/download/163777_perusopetuksen_opetussuunnitelman_perusteet_2014.pdf

Pirkola, S. & Sohlman, B. (2005). Mielenterveysatlas: Tunnuksia Suomesta = Psykisk hälsa i Finland : nyckeltal från Finland = Atlas of mental health : statistics from Finland. Helsinki: Stakes.

Pitkänen, T., Lyyra A-L. & Pulkkinen, L. (2005). Age of onset of drinking and the use of alcohol in adulthood: a follow up study from age 8–42 for females and males. *Addiction* 100(5), 652–661.

Plummer, K. (2001). *Documents of life. An invitation to a critical humanism*. London, Thousand Oaks & New Delhi: Sage.

Polkinghorne, D. E. (1995). *Narrative knowing and the human sciences*. Albany: State University of New York Press.

Potochnick, S. & Perreira, K. (2010). Depression and anxiety among first-generation immigrant Latino youth key correlates and implications for future research. *Journal of Nervous and Mental Health Disease* 198(7), 470–477.

Pulkkinen, L., Nygren, H. & Kokko, K. (2002). Successful development. Childhood antecedents of adaptive psychosocial functioning in adulthood. *Journal of Adult Development* 9, 251–65.

Puolakka, K. (2013). *Hyvän mielen koulu. Substantiivinen teoria mielenterveyden edistämisestä yläkoulussa*. Tampere: Tampereen yliopisto.

Pylkkänen, K. (2011). Mielenterveyden häiriöiden merkitys opiskelijoilla. Teoksessa: Kunttu, K., Komulainen, A., Makkonen, K. & Pynnönen, P. (toim.) *Opiskeluterveys*. Helsinki: Duodecim. 275–277.

Pylkkänen, K. & Laukkanen, E. (2013). Nuorisopsykiatrin avohoito toteutuu kohtalaisesti. *Näkökulma. Suomen lääkärilehti* 68:1164–1165.

Pönkkö, M-L. (2005). Erityisoppilaan psykiatrin hoitoketju. Hoitoketjun tarpeen ja toiminnan monitahoarviointi. Oulu: Oulun yliopisto.

Rask, K., Astedt-Kurki, P. & Laippala, P. (2002). Adolescent subjective well-being and realized values. *Journal of advanced Nursing* 38(3), 254–263.

Reinke, W.M., Stormont, M., Herman, K.C., Puri, R. & Goel, N. (2011). Supporting children's mental health in schools: Teacher perceptions of needs, roles, and barriers. *School Psychology Quarterly* 26(1), 1–13.

Rikala, S. (2018). Masennus, työkyvyttömyys ja sosiaalinen eriarvoisuus nuorten aikuisten elämänkuluissa. *Yhteiskuntapolitiikka* 83(2), 159–170.

Riessman, C. K. (2008). *Narrative methods for the human sciences*. Thousands Oaks: Sage publications.

Rimpelä, M., Frjöd, S. & Peltonen, H. (toim.) (2010). *Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen perusopetuksessa 2009. Perusraportti. Koulutuksen seurantaraportit 2010:1*. Opetushallitus.

Rogers, M. A., Kasaia, K., Koji, M. Fukuda, R., Iwanami, A., Nakagome, K., Fukuda, M. & Kato, N. (2004). Executive and prefrontal dysfunction in unipolar depression: a review of neuropsychological and imaging evidence. *Neuroscience Research* 50, 1–11.

Rosenthal, G. (2004). *Biographical research*. Teoksessa: C. Seale, G. Gobo, J. F. Gubrium & D. Silverman (toim.) *Qualitative research practice*. London: Sage, 48–64.

Rowling, L. (2007). School mental health promotion: MindMatters as an example of mental health reform. *Health Promotion Journal of Australia* 18(3), 229–35.

Rytkönen, M. (2013). *Kehityskulkuja ja väliintuloja: Ekologinen näkökulma vakavan väkivallanteon tehneiden nuorten sosioemotionaalisen terveyden kehitykseen*. Itä-Suomen yliopisto.

Samargia, L.A., Saewyc, E.M. & Elliot, B.A. (2006). Foregone mental health care and self-reported access barriers among adolescents. *Journal of School Nursing* 22(1), 17–24.

Santor, D.A., Poulin, C., LeBlanck, J.C. & Kusumakar, V. (2007). Facilitating help seeking behavior and referrals for mental health difficulties in school aged boys and girls: A school-based intervention. *Journal of Youth and Adolescence* 36(6), 741–752.

Siljander, P. (2014). Systemaattinen johdatus kasvatustieteeseen: Peruskäsitteet ja pääsuuntaukset ([Uud. p.]). Tampere: Vastapaino.

Somersalo, H., Solantaus, T. & Almqvist, F. (2002). Classroom climate and the mental health of primary school children . *Nordic Journal of Psychiatry* 56(4), 285–290.

Sosiaali- ja terveysministeriö. (2011). Lapset terveiksi ja hyvinvoiviksi. Lasten ja nuorten terveyden ja hyvinvoinnin neuvottelukunnan toimenpide-ehdotukset. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä. 2010:26.

Sourander, A. & Marttunen, M. (2016). Lasten ja nuorten mielenterveyden häiriöiden epidemiologia. Teoksessa K. Kumpulainen, E. Aronen, H. Ebeling, E. Laukkanen, M. Marttunen, K. Puura, & A. Sourander, *Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria* (1. painos.). Helsinki: Duodecim, 116–123.

Sprang, G., Craig, C. & Clark, J. (2011). Secondary traumatic stress and burnout in child welfare workers: A comparative analysis of occupational distress across professional groups. *ChildWelfare* 90(6), 149–168.

Spratt, J., Philip, K., Schuksmith, J., Kiger, A. & Gair, D. (2010). "We are the ones that talk about difficult subjects": Nurses in school working to support young people's mental health. *Pastoral Care in Education* 28(2), 131–144.

Steinhausen, H. C., Muller, N. & Metzke, C. W. (2008). Frequency, stability and differentiation on self-reported school fear and truancy in a community sample. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* 2, 17.

Sterba, S.K., Copeland, W., Egger, H.L., Costello, E., Erkanli, A. & Angold, A. (2010). Longitudinal dimensionality of adolescent psychopathology: testing the differentiation hypothesis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 51(8), 871–884.

Strandholm, T. & Ranta, K. (2013). Ahdistus ja ahdistuneisuushäiriöt. Teoksessa M. Marttunen, T. Huurre, T. Strandholm & R. Viialainen (toim.) *Nuorten mielenterveyshäiriöt: Opas nuorten parissa työskenteleville aikuisille*. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 17–40.

Suikkanen, S. (2010). Selvitys kidutettujen ja vaikeasti traumarisoituneiden turvapai-
kanhakija- ja pakolaislasten ja -nuorten määrästä sekä heidän psykiatrinen palvelujen
tarpeestaan. Helsinki: Diakonissalaitos.

Sulander, J. & Romppanen V. (2007). Hyvinvointi koulutyössä ja opiskelussa. Opiskeli-
joiden hyvinvointia kartoittavan työkalun kehittäminen. Työympäristötutkimuksen raport-
tisarja 26. Helsinki: Työterveyslaitos.

Suvisaari, J., Aalto-Setälä, T., Henriksson, T., Härkänen, T., Saarni, L.A., Perälä, J.,
Schreck, M., Castaneda, A., Hintikka, J., Kestilä, L., Lähteenmäki, S., Latvala, A., Kos-
kinen, S., Marttunen, M., Aro, H. & Lönnqvist, L. (2009). Mental disorders in young
adulthood. *Psychological Medicine* 39, 287–299.

Talbott, E. & Fleming, J.E. (2003). The Role of Social Contexts and Special Education
in the Mental Health Problems of Urban Adolescents. *The Journal of Special Education*
37(2), 111–123.

Tamminen, T. & Marttunen, M. (2016). Häiriöiden luokittelu. Teoksessa K. Kumpulainen,
E. Aronen, H. Ebeling, E. Laukkanen, M. Marttunen, K. Puura, & A. Sourander, Las-
tenpsykiatria ja nuorisopsykiatria. 1p. Helsinki: Duodecim, 128–132.

THL. (2012). Psykiatrian luokituskäsikirja. Suomalaisen tautiluokitus ICD-10:n psykiat-
riaan liittyvät diagnoosit. Luokitukset, termistöt ja tilasto-ohjeet 1/2012. 2p.

THL. (2013). Mielenterveyden edistäminen kouluissa. Työpaperi 24/2013. Luettu
28.2.2018. Saatavilla: [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110540/
URN_ISBN_978-952-245-949-7.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110540/URN_ISBN_978-952-245-949-7.pdf?sequence=1)

THL. (2018). Mielenterveyshäiriöt. Luettu: 25.1.2019. Saatavilla: [https://thl.fi/fi/web/mie-
lenterveys/mielenterveyshairiot](https://thl.fi/fi/web/mie-
lenterveys/mielenterveyshairiot)

Terveystieteiden laitos 30.12.2010/1326.

Tossavainen, K., Tupala, M., Turunen, H. & Larjomaa, R. (2002). Kouluterveydenhuol-
lon hyvä käytäntö — Kouluterveydenhuollon seuranta järjestelmän arviointitutkimus.
Helsinki: Suomen kuntaliitto.

Turtonen, J. (2006). Mielenterveysongelmat: Mistä apua? Helsinki ; Jyväskylä: Minerva.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2018. Eettinen ennakkoarviointi ihmistieteissä. Luetu: 11.1.2019. Saatavilla: <https://www.tenk.fi/fi/eettinen-ennakkoarviointi-ihmistieteissa>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2009). Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus.

Ukkonen, T. (2006). Yhteistyö, vuorovaikutus ja narratiivisuus muistitietotutkimuksessa. Teoksessa: R. Haanpää, A. Heimo, U. Peltonen & O. Fingeroos Muistitietotutkimus: Metodologisia kysymyksiä. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.

Vanheusden, K., Mulder, C.L., van der Ende, J., van Lenthe F.J., Mackenbach, J.P. & Verhulst, F.C. (2008). Young adults face major barrier to seeking help from mental health services. *Patient Education & Counselling* 73(1), 97–104.

Vuokila-Oikkonen, P., Janhonen, S. & Nikkonen, M. (2002). Patient initiatives in psychiatric care concerning shame in the discussion in co-operative team meetings. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 9, 23–32.

Vuorilehto, M. & Ranta, I. (2014). *Uudistuva mielenterveystyö*. Helsinki: Fioca.

Välimaa, R. (1996). Nuorten sosiaaliset suhteet, sosiaaliset verkostot ja tuki. WHO-koululaistutkimus. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 33, 23–34.

Välimäki, M., Anttila, M. & Bergman, M. 2014. Depisnet kouluterveydenhoitajien käyttöön. *Terveydenhoitaja* 4–5/2014, 32–33.

Wand, T. (2011). Real mental health promotion requires a reorientation of nursing orientation, practice and research. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 18, 131–138.

Wang, Y-P., Ledeman, L.P., Andrare, L.H. & Gorenstein, C. (2007). Symptomatic expression of depression among Jewish adolescents: effects of gender and age. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 43(1), 79–86.

Weare, K. (2000). Promoting mental, emotional and social health. A whole school approach. London: Routledge.

Weare, K. & Nind, M. (2011). Mental health promotion and problem prevention in schools: what does evidence say? *Health Promotion International* 26(suppl 1):i29–69.

Wells, J., Barlow, J. & Steward-Brown, S. (2003). A systematic review of universal approaches to mental health promotion in schools. *Health Education* 103(4), 197–220.

Wiss, K., Saaristo, V., Hietanen-Peltola, M., Peltonen, H., Laitinen, K. & Ståhl, T. (2015). Terveysten ja hyvinvoinnin edistäminen lukioissa 2014. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Tutkimuksesta tiiviisti 2015:14.

WHO. (1993). The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic criteria for research.

WHO. (1998). Health promotion glossary. Geneva: World Health Organization.

WHO. (2004). Promoting Mental Health. Concepts. Emerging evidence. Practice. Geneva: World Health Organization. Summary report.

Wilkinson, B. (2011). Current Trends in Remediating Adolescent Self-Injury: An Integrative Review. *The Journal of School Nursing* 27, 120–128.

Äärelä, T. (2012). ”Aika paljollon vaikuttaa minkälainen ilme opettajalla on naamalla”: nuoren vangit kertovat peruskouluajoistaan. Rovaniemi: Lapin yliopisto.

Liitteet

Liite1

Hei!

Opiskelen luokanopettajaksi Lapin yliopistossa ja teen tällä hetkellä pro gradu -tutkielmaa mielenterveyshäiriöistä kärsivien tai kärsineiden henkilöiden koulukokemuksista. Sillä ei ole merkitystä, onko sinulla diagnosoitu mielenterveyshäiriötä tai oletko saanut mahdolliseen häiriöön esimerkiksi lääketieteellistä tai muuta hoitoa — oleellista on oma kokemuksesi mielenterveyden häiriöstä.

Jos kärsit, tai olet kärsinyt perus- tai toisen asteen opinnoissasi mielenterveyden häiriöistä, pyydän sinua kirjoittamaan minulle koulukokemuksistasi avoimesti. Voit kirjoittaa mieleesi tulevista asioista tai käsitellä koulukokemuksiasi esimerkiksi seuraavien teemojen avulla:

*Ovatko mielenterveyshäiriöt vaikuttaneet koulusuoriutumiseesi? Miten esimerkiksi mielenterveyshäiriö näkyy arjessa jokapäiväisessä opiskelussasi tai opintojen etenemisessä?

*Miten mielenterveyshäiriöt ovat vaikuttaneet ihmissuhteisiisi ikätovereihin tai koulun aikuisiin?

*Oletko pyytänyt apua mielenterveyden ongelmiisi? Jos olet, keneltä ja millaista tukea olet saanut tilanteeseesi? Millainen tuki tai ohjaus palvelisi tarpeitasi parhaiten?

*Miten koulussa on suhtauduttu tai suhtaudutaan mielenterveyshäiriöihin?

*Miten suhtaudut tulevaisuuteen?

Avoimet kirjoitelmat tallennetaan analysointia varten ja kerättyä aineistoa tullaan käyttämään ainoastaan tutkimustarkoitukseen. Tutkimusaineisto käsitellään luottamuksellisesti eikä siinä tule ilmi vastaajan henkilötietoja tai muita sellaisia tietoja, jotka voitaisiin liittää vastaajaan. Kerätty aineisto hävitetään tutkimuksen valmistuttua. Vastaan mielelläni myös tutkielmaa koskeviin kysymyksiin.

Mikäli olette halukas osallistumaan tutkimukseen, voitte lähettää kokemuksianne minulle sähköpostitse osoitteeseen:

joleppan@ulapland.fi tai oheisen linkin kautta:

<https://goo.gl/forms/8kHYG7XBbkUOWLp13>

Ystävällisin terveisin ja avusta kiittäen
Johanna Leppänen
Kasvatustieteiden tiedekunta
Lapin Yliopisto